

THÈSE

33

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre SIMONIN

Né le 25 Février 1906, au Russey (Doubs)

**Organisation moderne
des Services d'Hygiène
dans un département rural**

Président : Léon BERNARD, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA

43, Rue Madame, 43

PARIS

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547118_0005

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre SIMONIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut d'Hygiène de Paris

Né le 25 Février 1906, au Russey (Doubs)

**Organisation moderne
des Services d'Hygiène
dans un département rural**

Président : Léon BERNARD, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA

43, Rue Madame, 43

PARIS

1933



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE. LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. GRÉGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . .	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgicale.
GIDOUD	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI . .	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIEVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

LEQUEUX.	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

RETERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
LEROUX.	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER..	
DUVOIR		MOCQUOT	
		SCHWARTZ	
BASSET	} Clinique chirurgicale.	LE LORIER....	} Clinique obstétricale.
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER.	
		GUÉNIOT.	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

*En souvenir de la tendre affection
dont elle m'a entouré.*

A MA GRAND'MERE

*En témoignage de ma profonde ten-
dresse.*

A MON PERE ET A MA TANTE

*Qu'ils trouvent ici l'expression de ma
reconnaissance et de ma grati-
tude.*

A MES FRERES

A MA TANTE ET A MON ONCLE
le D^r CYRILLE FAIVRE

*qui a guidé mes premiers pas dans la
carrière médicale et m'a éclairé
de ses conseils.*

A MES PARENTS

A MES AMIS
A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE BESANÇON

A MES MAITRES DE STAGE ET D'EXTERNAT
DES HOPITAUX DE PARIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. BERNARD

en respectueux hommage de reconnaissance pour la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner et pour l'enseignement précieux qu'il nous a donné au cours de notre stage de perfectionnement sur la tuberculose.

A Monsieur le D^r B. LAMY

Directeur des Services d'Hygiène de Seine-et-Marne

qui nous a accueilli dans ses services, en remerciement des conseils et des renseignements précieux qu'il nous a donnés, au cours de l'élaboration de ce travail.

INTRODUCTION

L'organisation des Services d'hygiène en France a été jusqu'à ce jour l'objet d'une littérature abondante et variée; de nombreuses solutions, conséquences d'une législation surannée, ont été données, au hasard des particularismes régionaux ou locaux.

La loi du 15 février 1902, relative à la protection de la Santé publique, édicte les différentes mesures sanitaires générales et particulières applicables aux collectivités communales, mais ne prévoit qu'à titre facultatif l'organisme animateur, c'est-à-dire l'Inspection départementale d'Hygiène et ne fait aucune allusion à la lutte contre les grands fléaux sociaux, lutte d'une actualité si aiguë.

Depuis 1902, les conditions de la vie économique et sociale ont partout évolué à grands pas, et les organisations d'hygiène, peu adaptées à cette course « au progrès », ont surgi de l'effort des bonnes volontés; des conceptions, parfois contradictoires, du moins sans aucune liaison entre elles, sans directives techniques, ont prévalu dans l'édification de systèmes de médecine sociale; il s'en est suivi un gaspillage d'énergies, de temps, d'argent, pour des résultats souvent incertains. De plus, à notre époque, il n'est plus question de diviser l'Hygiène en hygiène publique et sociale; trop de points de contact existent entre ces deux catégories pour les séparer. Il semble plus moderne et plus scientifique, selon l'idée lancée depuis plusieurs années par M. le Professeur Léon Bernard, d'englober toutes les activités de l'hygiéniste sous le nom de « Médecine préventive » qui, en réalité, n'est qu'un aspect de la Médecine générale.

Dès lors, le problème devient extrêmement complexe par sa diversité même; l'hygiène, vue sous cet angle, nécessite, de la part du spécialiste de carrière, des qualités primordiales, une érudition technique et administrative étendue.

En ce qui concerne l'organisation même des Services départementaux, le problème n'est pas moins difficile. Un seul et même type ne peut être conçu pour toutes les régions du territoire: ce qui passe pour un modèle dans un département très peuplé et industriel, par exemple, est matériellement inapplicable dans un département voisin d'essence rurale et agricole, à densité de population très faible.

Il paraît donc logique de tenir compte avant tout des conditions ethniques et économiques locales, et il n'est pas possible de donner un cadre rigide à l'organisation des Services départementaux d'hygiène.

Il nous a semblé intéressant d'étudier le problème dans un département rural, dépourvu de grands centres, de grosses industries, ne pouvant fournir les ressources importantes d'une organisation technique déjà existante, où la population est très difficile à atteindre, du fait de sa dispersion et de sa faible densité, aux ressources budgétaires fatalement réduites. Ces conditions sont réalisées dans la plupart de nos départements.

Et, pour donner plus de vie à notre sujet, nous avons choisi le département de Seine-et-Marne, comme exemple de mise en œuvre de services qui ont fait leurs preuves, puisqu'ils datent de près de huit ans, durant lesquels ils n'ont fait que se développer avec des résultats en progression constante.

Nous nous proposons donc d'étudier successivement:

Dans une première partie:

1° Le problème théorique vu en lui-même, dans un département rural;

2° Les principes directeurs d'une organisation d'hygiène dans de telles conditions;

3° L'application de ces principes dans le département.

La deuxième partie sera consacrée à la réalisation de ces directives dans les différentes activités d'un Service d'Hygiène moderne, avec quelques aperçus sur les moyens financiers et la collaboration des Caisses d'Assurances sociales.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LE DEPARTEMENT RURAL (type Seine-et-Marne)

On entend, en Hygiène sociale, par département rural, une circonscription de territoire dans laquelle la densité de la population est généralement faible, disséminée sur la presque-totalité de la région envisagée ; les villes les plus importantes ne dépassent ordinairement pas vingt mille habitants, échappant ainsi à l'obligation d'établissement d'un Bureau municipal d'hygiène, selon l'esprit de la loi du 15 février 1902. Qui dit population disséminée dit aussi absence de grands centres industriels avec comme corollaire, absence de concentration des collectivités de travailleurs.

Cet état entraîne fatalement une insuffisance plus ou moins marquée des moyens de communications ; seuls les centres d'une certaine importance sont reliés entre eux par un système routier et ferroviaire digne de ce nom ; souvent de grandes étendues de territoire ne sont traversées que par des chemins communaux et des voies ferrées d'intérêt local à circulation et rendement réduits. Dans certains départements ruraux, ces conditions sont péjorativement exagérées au maximum durant la saison d'hiver où, durant de longues semaines, toutes communications sont pratiquement suspendues.

Les communes, en grande majorité de peu d'importance, sont constituées le plus souvent par des hameaux ou des fermes isolées ; elles ont un budget limité et ne peuvent supporter les charges que nécessitent les travaux

d'assainissement jugés nécessaires: adductions d'eau potable à l'agglomération principale et distributions secondaires aux nombreux hameaux, évacuation des eaux usées, surtout lutte contre les grands fléaux sociaux, dont certains sont l'apanage des centres ruraux, propagés souvent qu'ils sont par malades ou convalescents des villes, séduits par « l'air vivifiant de la campagne ».

Le département de Seine-et-Marne réunit assez bien, sauf certaines restrictions, les conditions de ce particularisme rural et peut servir à les matérialiser.

Peuplé d'environ 400.000 habitants, ce département est essentiellement agricole; il confine aux départements de la Seine, Seine-et-Oise, Loiret, Yonne, Aube, Marne, Aisne et Oise; d'une superficie de 588.000 hectares, les plus grandes dimensions sont de 120 kilomètres sur 75 kilomètres, avec un pourtour d'environ 500 kilomètres.

Son relief est faiblement ondulé, aux plateaux peu élevés ou aux vallées peu profondes; la dénivellation la plus forte n'excède pas 215 mètres.

Le Nord et le Centre du département, région de céréales et de cultures industrielles, font partie de la Brie; le Gâtinais se réserve la rive gauche de la Seine avec ses forêts, ses roches erratiques et le sol gréseux de Fontainebleau.

Le département de Seine-et-Marne est traversé du Sud-Est à l'Ouest par la Seine qui draine les eaux de l'Yonne, du Loing, de la Marne et ses affluents, le Grand et Petit-Morin, l'Oureq, la Théronanne, la Beuvronne.

Le climat est tempéré, les pluies et les neiges rares; la chute annuelle des pluies ne dépasse pas 450 à 500 millimètres.

La population s'accroît sans cesse, mais lentement, par un apport extérieur (proximité de la capitale, main-d'œuvre agricole et industrielle étrangère), tandis que l'élément autochtone diminue progressivement. De 299.000 habitants en 1791, elle passe à 349.000 habitants en 1921 et à 406.000 habitants au dernier recensement.

La population est répartie dans 534 communes, dont 155 de moins de 1.000 habitants; parmi ces dernières, 337 n'en comptent pas 500: c'est dire combien cette population y est disséminée à l'extrême; quatre villes seulement ont de 10 à 20.000 habitants.

Le tableau ci-joint donne le détail de cette répartition :

Nombre total des Communes	Nombre de communes ayant une population														534	534
	de 51 à 100 habitants	de 101 à 200 habitants	de 201 à 300 habitants	de 301 à 400 habitants	de 401 à 500 habitants	de 501 à 1.000 habitants	de 1.001 à 1.500 habitants	de 1.501 à 2.000 habitants	de 2.001 à 2.500 habitants	de 2.501 à 3.000 habitants	de 3.001 à 3.500 habitants	de 3.501 à 4.000 habitants	de 4.001 à 5.000 habitants	de 5.001 à 10.000 habitants	de 10.001 à 20.000 habitants	
au-dessus de 50 habitants	1	11	91	101	27	31	113	34	14	9	2	3	1	2	6	3
1926.	1	12	89	90	44	113	36	13	10	2	3	1	4	7	1	334
1931.	1	12	89	90	44	113	36	13	10	2	3	1	4	7	1	334

La densité est de 66 habitants par kilomètre carré, alors que celle moyenne de la France est d'environ 74 habitants par kilomètre carré.

L'élément rural prédomine ; il est de 74 % de l'ensemble de la population ; l'agriculture y représente 42 % du total, laissant à l'industrie le second rang. Ajoutons que plusieurs milliers de salariés de Seine-et-Marne se déplacent journallement pour travailler dans les départements voisins, Seine et Seine-et-Oise en particulier, réalisant au plus haut degré le pire facteur de contagion interhumaine.

La grande propriété prédomine et se rencontre surtout dans les deux tiers du Nord du département ; les fermes ou « écarts », très disséminés, constituent souvent à eux seuls des hameaux importants peuplés d'ouvriers agricoles la plupart étrangers ; le Sud comprend la moyenne et petite propriété sans cesse divisée par voie d'héritage et directement exploitée par les propriétaires et leurs familles.

L'industrie n'apparaît qu'en quelques noyaux moyens, tous situés en bordure des cours d'eaux navigables (Montereau, Champagne-sur-Seine, Chelles, Noisiel, etc.). Bien entendu, de nombreuses distilleries ou sucreries sont réparties sur l'ensemble du territoire, pour permettre sur place la transformation industrielle de la betterave, qui, avec le blé, est de beaucoup la principale culture de la région.

Enfin, la proximité de Paris a eu pour conséquences, en quelques points limitrophes, la création et le développement d'importantes zones de lotissements, pour lesquelles se posent actuellement les grands problèmes d'assainissement si souvent difficiles à résoudre : telles sont notamment les régions de Villeparisis, Mitry-Mory, Chelles, Pontault-Combault, etc.

L'organisation hospitalière s'affirme par la division du département en 22 circonscriptions, chacune rattachée à un hôpital. Si quelques-uns de ces établissements (Meulan, Fontainebleau, Meaux, Coulommiers, Lagny, Nemours) sont suffisamment outillés pour remplir le rôle qui leur est assigné, il en est d'autres nettement insuffisants. Il est vrai de dire, en rendant hommage aux administrations locales, qu'un vaste programme de réalisation

est, à ce point de vue, en voie d'étude ou de développement. Exceptionnellement, le cas est urgent : la ville de Chelles, par exemple, au centre d'une vaste zone de lotissements, qui a vu passer sa population de 1.241 habitants en 1806 à 3.952 en 1901 et à 13.000 habitants en 1930 ne possède pas d'établissement hospitalier.

Ainsi la Seine-et-Marne répond bien à l'idée que nous nous sommes faite du département rural, au début de cet exposé : population éminemment dispersée, à prédominance agricole, absence de villes de plus de 20.000 habitants, présence de villages comptant pour la plupart moins de 500 habitants avec souvent une vingtaine de hameaux, distants les uns des autres de plusieurs kilomètres.

Combien de départements ruraux français peuvent se calquer, au sens péjoratif, sur celui de Seine-et-Marne, du moins en ce qui concerne les points que nous venons d'énumérer !

Enfin, si le département de Seine-et-Marne est doté d'un réseau routier, qui à juste titre peut servir de modèle, par ses voies spacieuses et bien entretenues, reliant aussi bien que possible les agglomérations rurales, on n'en peut dire autant de la situation créée par la disposition du système ferroviaire.

Les grandes lignes de chemin de fer, soumises aux mêmes lois que les routes, convergent vers Paris ; trois réseaux (P.-L.-M., Est, Nord) desservent le département en éventail pour aboutir à la capitale ; mais se fait sentir le manque d'anastomoses reliant du Nord au Sud les principaux centres de la région. Souvent la voie la plus rapide pour se rendre d'une ville à une autre est le passage détourné par Paris.

Cet exposé montre bien les différents aspects du problème à résoudre dans de telles conditions. La population très difficile à atteindre ne peut être suivie par les agents des services d'hygiène qu'au prix de déplacements très longs, surtout si l'on ne dispose que de moyens de locomotion rudimentaires. Parallèlement, les centres de dépistage de maladies doivent être multipliés et mis à la portée des populations isolées.

Il est dès lors rationnel d'admettre que, vus sous cet angle, le rendement et les résultats ne puissent être com-

parés à ceux obtenus dans les grands centres ou les régions très peuplées.

Avant d'étudier dans le détail l'application d'une politique sanitaire conforme aux idées directrices ainsi établies, nous croyons nécessaire de formuler les principes d'action qui doivent être mis en œuvre.

CHAPITRE II

UNITE DE DIRECTION — UNITE D'ACTION AVANTAGES

Malgré les efforts généreux de quelques parlementaires avertis, malgré les projets sans cesse remaniés déposés sur le Bureau de la Chambre, tel celui du D^r Legros, tel celui actuel du D^r Goujon, député-maire de Villeurbanne, nous sommes en 1933 toujours régis par la loi d'hygiène du 15 février 1902; et pourtant, lors de sa promulgation, ses dispositions en étaient déjà surannées sur beaucoup de points. Il ne nous appartient pas d'en faire ici une critique trop facile ni de relever les points nécessitant une modification.

Cependant « rendons à César ce qui appartient à César ». Cette loi tant critiquée correspondait alors aux grands courants d'opinions scientifiques et il était difficile de prévoir l'essor formidable que prendrait depuis le développement des relations économiques et sociales, ainsi que les nouvelles conceptions épidémiologiques modernes. Il reste de cette législation sanitaire, en attendant mieux, des règles que l'on peut encore, en les assouplissant et les rajeunissant, retenir pour l'édification d'un organisme départemental d'hygiène. Nous resterons ainsi dans les termes de la légalité.

La loi du 15 février 1902 prévoit, dans certaines conditions, la création obligatoire pour certaines villes de Bureaux municipaux d'Hygiène sous l'autorité du Maire, mais n'envisage qu'à titre facultatif la création d'Inspections départementales d'Hygiène : la plus haute assemblée départementale, le Conseil général, reste seul juge en la matière; de lui dépendent l'opportunité d'une telle création, l'organisation des services, les ressources budgétaires afférentes.

Nous ne devons pas être étonnés de rencontrer en France les situations les plus diverses laissées à ces organismes et aux médecins fonctionnaires qui les dirigent.

Plusieurs départements français attendent encore une Inspection d'Hygiène; les services qui s'y rattachent sont en fait répartis dans les différentes divisions de la Préfecture ou placés sous la compétence de l'Inspecteur de l'Assistance publique qui, souvent, n'est pas docteur en médecine.

Cette situation déplorable n'est pas toujours la conséquence du mauvais vouloir ou de l'indifférence de l'autorité préfectorale et des Conseils généraux; cependant, nous avons présent à la mémoire l'exemple d'un département où le Préfet et de nombreux Conseillers généraux, dont le vice-président de l'Assemblée, ont vigoureusement défendu le principe d'une Inspection départementale d'Hygiène, mais où ces effets n'ont pas été couronnés de succès, en raison de l'opposition marquée de certains membres du Conseil général.

Quelques départements possèdent même à l'heure actuelle un Service d'Inspection départementale d'Hygiène dont le directeur n'est pas docteur en médecine ou n'a pas reçu la formation technique indispensable à l'exercice de ses fonctions.

Nous devons reconnaître cependant que, grâce aux efforts coordonnés des associations de médecins hygiénistes, la tendance officielle actuelle est d'entourer le choix des titulaires d'un certain nombre de garanties minima : possession du diplôme d'hygiène, concours sur titres et souvent sur épreuves, jury d'examen de composition déterminée, etc.

Une fois le poste créé, même si le titulaire offre toutes garanties techniques nécessaires, son action est fonction intime des moyens mis à sa disposition; à cette heure, dans nombre de départements, l'Inspecteur départemental d'Hygiène demeure fonctionnaire presque exclusivement sédentaire, fait des rapports, signe des états, ne possède ni locaux ni crédits suffisants pour donner à son service l'essor souhaitable.

Et nous ne faisons allusion ici à l'Inspecteur départemental d'Hygiène que dans l'esprit de la loi du 15 février 1902.

La question est plus aiguë et plus complexe encore s'il s'agit des activités multiples dérivant de la lutte contre les grands fléaux sociaux. Ce domaine est entièrement livré à la fantaisie de chacun, et très rares sont les départements où une politique uniforme est appliquée.

Durant la guerre, des initiatives nombreuses et certes louables ont surgi de toute part ; des Comités ont été créés, principalement pour aider les tuberculeux de guerre et chacun a écouté beaucoup plus la voix du sentiment que celle de la raison.

De nombreux départements ont vu naître et souvent dans une même ville des associations à buts similaires : dispensaires, médecins, infirmières ont rivalisé de zèle, mais ont dispersé leurs efforts en suivant des routes parallèles et au prix de dépenses disproportionnées aux résultats obtenus.

Il faut bien le dire, des questions d'amour-propre ont souvent empêché, pour des œuvres de même nature, une fusion que la plupart désiraient et dont tous comprenaient la nécessité.

Si toute cette poussière de comités n'a pas survécu, cependant les plus vigoureux d'entre eux continuent à fonctionner et certains mêmes sont devenus des organismes extrêmement puissants.

En présence de cette situation de fait, l'Inspecteur départemental d'Hygiène se trouve dans une situation extrêmement délicate ; s'il veut occuper dans le sein de ces œuvres la place qui lui est logiquement dévolue, il est considéré par beaucoup comme indésirable ; son entrée dans un Conseil d'administration équivaut dans nombre d'esprits à la mainmise de l'autorité préfectorale sur une œuvre jusque là indépendante. On conçoit quelles frictions peut engendrer une pareille mentalité !

Et cependant, malgré tout le mérite et tout le dévouement des œuvres privées, il ne nous semble pas devoir approuver leur multiplication et leur superposition aux œuvres officielles.

Dans l'état actuel des crédits affectés au chapitre de la Santé publique, les subventions qui leur sont accordées, si minimales soient-elles, sont autant de recettes en moins à inscrire au budget des organismes officiels d'hygiène. Cette multiplication des crédits permet à chacune

de ces œuvres seulement de végéter, mais non de s'amplifier suivant les lois du progrès de la technique sanitaire moderne. Souvent, pour le même objet, la dispersion des moyens financiers entraîne la dispersion des efforts. A l'exemple de toute société privée, les frais généraux, à rendement égal, sont multipliés par l'importance et le nombre des organismes mis en jeu ; le personnel, généralement, ne peut être suffisamment en nombre pour assurer correctement le fonctionnement des services dont il est chargé (1) : à dépenses égales correspond un rendement notablement inférieur.

A côté de ces inconvénients qui ont une importance majeure, cette politique en présente d'autres non moins graves.

Chaque œuvre, indépendante, mène à sa façon, qui n'est pas toujours la bonne, la lutte contre les fléaux sociaux. Il en résulte parfois des différences considérables de doctrine, et au gaspillage des efforts et des crédits vient s'ajouter la médiocrité des résultats obtenus.

Enfin, dans les milieux ruraux si difficiles à atteindre et à pénétrer, où la confiance vis-à-vis de l'infirmière visiteuse se manifeste rarement avant plusieurs visites, il est peu indiqué, sinon nuisible, de faire apparaître des visages nouveaux.

Cet argument psychologique a une grande importance dans le cas particulier, mais il est capital, comme nous le verrons, lorsqu'on l'emploie en faveur de la plurivalence.

*
**

De ce qui précède, il découle que la meilleure formule à préconiser, du moins en milieu rural, est l'unité de direction indispensable à l'unité d'action. Ainsi l'Inspecteur départemental d'Hygiène devient un véritable coordinateur et peut doter l'effort financier du maximum d'effet : ce sont là les principes de toute organisation rationnelle, condition primordiale de la lutte contre les grands fléaux sociaux : c'est aussi cette idée qui a présidé jusqu'ici en Seine-et-Marne aux différentes étapes de l'or-

(1) Exemple du Finistère.

ganisation des services d'hygiène, comme c'est elle qui doit être à la base de l'hygiène dans tout département rural.

Cette unité de direction, et nous ne saurions trop le répéter, doit, pour porter ses fruits, être réalisée par le choix d'un chef de service suffisamment compétent, au courant du progrès et de l'évolution de toutes les questions sanitaires, disposant d'un minimum de personnel et de matériel.

C'est dans cet esprit que M. Georges Garipuy, alors préfet de Seine-et-Marne, disait en 1931, dans son rapport sur *L'Hygiène sociale en Seine-et-Marne* :

« Les progrès de la technique sanitaire sont tellement rapides qu'il paraissait indispensable de disposer d'un organisme très souple, susceptible de mettre immédiatement les découvertes nouvelles à la portée des intéressés. Jusqu'ici cette adaptation avait lieu par voie législative, et cette législation était imprégnée d'une forte tendance aux prescriptions obligatoires ; vers le milieu du siècle dernier, la politique sanitaire se bornait pratiquement aux quarantaines, aux travaux de salubrité et visait surtout à modifier le milieu extérieur. Avec le début de l'ère pastorienne apparut le dogme de la lutte contre le microbe qui inspira si profondément notre loi du 15 février 1902.

« Aujourd'hui, la rapidité des progrès de la science sanitaire contraste avec la lenteur de l'évolution législative.

« L'extension de la notion de la maladie évitable, l'importance grandissante du facteur humain, l'introduction des procédés de cure dans la médecine préventive, la supériorité constatée de la méthode éducative sur les moyens de coercition, la tendance à l'assistance préventive ont transformé l'administration sanitaire en un art complexe et délicat qui doit faire bénéficier le corps social des dernières découvertes scientifiques, en adaptant sans cesse la technique aux circonstances locales et aux réalisations psychologiques du milieu.

« Cette diffusion des progrès de la technique parmi les administrateurs, le corps médical, le public, suppose un organisme de coordination, où les groupements intéressés seront représentés, et une liaison aux ramifications mul-

tiples entre ces groupements, les pouvoirs publics et les œuvres privées.

« A l'organisation centrale doit donc correspondre une organisation périphérique permettant d'atteindre sur place la collectivité ou l'individu: l'action éducative, persuasive, implique la création d'un réseau d'animateurs professionnels ou bénévoles et l'adhésion active de toutes les personnalités, de tous les groupements qui ont quelque influence sur l'opinion publique.

« Au centre moteur de toute cette organisation doit se trouver placée la direction de tous les services d'hygiène, et nous partons de cette conception que le corps médical a parfaitement admise, que l'hygiéniste doit être un technicien, un médecin spécialiste ayant subi une formation particulière et disposant d'un outillage spécial tout comme le chirurgien et l'ophtalmologiste. Cette conception finira par gagner le public. C'est grâce à elle que la mortalité des pays anglo-saxons s'abaisse à un taux voisin de 12 pour 1.000 habitants, alors qu'il atteint 19 en Seine-et-Marne.

« L'expérience a démontré, à tous les degrés de la hiérarchie, tant au centre qu'à la périphérie, la nécessité d'un personnel qualifié spécialisé, donnant autant que possible tout son temps à ses fonctions (médecin spécialisé et visiteuses d'hygiène).

« Enfin, pour concilier le principe de rendement maximum avec l'obligation pour l'administration départementale de ne pas abdiquer la protection de la Santé publique, qui est une de ses prérogatives essentielles, l'organisation fonctionnant sous l'autorité du Préfet, avec la collaboration des groupements intéressés, évitera soigneusement les doubles emplois, entretiendra dans l'opinion publique un état d'esprit favorable à la création d'œuvres d'hygiène, stimulera les initiatives locales, coordonnera leurs efforts, soutiendra et contrôlera les réalisations nées viables... »

CHAPITRE III

APPLICATIONS DE CES PRINCIPES EN SEINE-ET-MARNE

Pour illustrer par un exemple concret et la situation de fait que l'on est appelé à rencontrer dans un département rural au moment de la création d'un Service d'Hygiène, et l'application dans le domaine pratique des principes que nous venons d'exposer, nous allons rapidement retracer l'historique de l'organisation des Services d'hygiène en Seine-et-Marne, département essentiellement rural.

Lorsqu'en 1925, sur la proposition d'un Préfet éminent, M. Georges Garipuy, qui a mérité le titre de « Préfet social », le Conseil général décida la création de Services départementaux d'Hygiène, il existait un véritable éparpillement des organismes de la médecine préventive.

Les différentes activités de la médecine prophylactique étaient partagées entre les divisions de la Préfecture et le bureau de l'Assistance publique, sans coordination et en dehors d'un esprit indispensable de technicité.

Un organisme privé : « L'Œuvre Seine-et-Marnaise », avait seul entrepris la lutte antituberculeuse. Malgré l'activité et le dévouement dignes de tous les éloges déployés par ses dirigeants et son personnel, cette œuvre se trouvait bientôt, pour des raisons budgétaires, dans l'impossibilité matérielle de mener à bien la tâche qu'elle s'était assignée. Cinq dispensaires, non munis d'appareillage radioscopique, fonctionnaient par le déplorable système de roulement entre des médecins praticiens locaux. Cinq infirmières visiteuses se partageaient les 534 communes, devant assurer chacune, en moyenne, la surveillance de

80.000 habitants, répartis sur 120.000 hectares, avec des moyens de transport inexistants.

Il en résultait un gaspillage de temps et d'argent, l'infirmière visiteuse étant payée pour enregistrer des kilomètres plus que pour faire des visites : les dispensaires étaient dans l'impossibilité de desservir utilement la population, et celle-ci ne pouvait, en raison de sa dissémination, être atteinte utilement par la propagande.

C'est devant cette situation de fait et les subventions progressives mises à la charge du département, que le Conseil général fut appelé à se prononcer, et sur la création d'une Inspection départementale d'hygiène, et sur celle d'un Office départemental d'Hygiène sociale.

A ce propos, il est assez curieux de lire le compte rendu des débats de l'Assemblée départementale : alors que tous les membres se trouvaient d'accord sur le principe de création d'un Office, des divergences d'opinion se manifestèrent lorsqu'il s'agit de décider qui serait placé à la tête de cet organisme nouveau, en tant du moins que directeur technique. Certains défendaient avec ardeur l'idée que seul un administrateur non médecin pouvait mener à bien la création et le fonctionnement de l'Office.

Ce fut heureusement la thèse adverse qui triompha et, à la session suivante, il fut décidé que le Secrétaire général de l'Office, dont le Préfet était le président né, serait de droit l'Inspecteur départemental d'hygiène : à lui incomberait la charge de direction de tous les services d'hygiène du département.

Un hygiéniste éminent, ayant déjà fait ses preuves dans un bureau d'hygiène et dans une inspection départementale, fut choisi. Qu'il nous soit permis ici d'adresser au D^r Georges Forestier, véritable créateur de l'organisation d'hygiène de Seine-et-Marne, notre témoignage d'admiration pour l'œuvre qu'il a réalisée. Dans la période délicate des débuts, il a su, grâce à son tact, à ses connaissances législatives, jeter les bases de l'organisme qui a pris par la suite un si grand développement. Actuellement encore, malgré les perfectionnements incessants qui ont été apportés, le cadre tracé par le D^r G. Forestier a toujours été respecté et les événements ont prouvé la justesse de ses prévisions.

La formule adoptée qui, ailleurs, a été depuis plu-

sieurs fois appliquée, réalisait d'un seul coup l'unité de direction et l'unité d'action reconnues indispensables à la bonne marche des services dans un département rural. C'est à n'en pas douter le postulat de l'avenir qui, sauf restrictions, pourra être généralisé à l'ensemble du territoire.

Le chef de service, tel que nous nous le représentons, est, en plus du technicien, un psychologue et un administrateur averti :

— Psychologue pour faire admettre par les collectivités ses idées et ses projets, pour se réserver quelquefois l'appui du Préfet et du Conseil général; c'est avec le doigté nécessaire, l'esprit d'à-propos, en choisissant son heure après souvent un long travail d'approche, qu'il arrivera à convaincre les personnalités utiles pour l'accomplissement de sa tâche.

— Administrateur et légiste, car le Directeur des Services d'hygiène occupe sa place dans une Préfecture où le personnel est familiarisé avec la pratique journalière du Droit administratif; quelles que soient ses qualités, un médecin sera jugé par les différents chefs de Division d'après ses connaissances en cette matière; il n'a pas le droit d'être inférieur à eux et ne doit pas réclamer leur concours pour soumettre à la signature du Préfet des rapports correctement rédigés. Il ne doit pas oublier que toute décision adressée aux fonctionnaires ou magistrats élus peut être soumise en dernière procédure au Conseil d'Etat et qu'une annulation consécutive constitue en fait un blâme moral pour l'auteur de l'arrêt.

Nous sommes ainsi amenés à passer en revue les différentes attributions du Directeur des Services d'Hygiène en tant qu'inspecteur départemental, et en sa qualité de Secrétaire général de l'Office d'Hygiène Sociale.

*
**

Attributions de l'Inspecteur départemental d'Hygiène

L'Inspecteur départemental d'Hygiène, fonctionnaire facultatif de la loi du 15 février 1902, trouve définis ses Statuts dans la circulaire ministérielle du 14 août 1924.

Suivant l'esprit de cette dernière, ses attributions, pour certaines du moins, débordent largement le cadre désormais trop étroit de la loi de 1902 ; ce sont :

Etablissement du casier sanitaire communal, avec une section historique, archéologique et géologique;

Statistique démographique et sanitaire;

Enquête sur la natalité;

Adductions d'eau potable, évacuation des eaux usées;

Enlèvement et destruction des eaux ménagères;

Constructions d'immeubles publics: projets;

Installation et contrôle des fosses septiques;

Cimetières;

Enquêtes sur les immeubles insalubres;

Règlement sanitaire communal: interprétation et application;

Lutte contre les épidémies; réception des déclarations de maladies transmissibles, service de désinfection;

Service de vaccinations;

Surveillance et contrôle des Bureaux d'hygiène;

Assemblées sanitaires et hygiène générale;

Laboratoire départemental agréé par le Ministère;

Lutte contre les grands fléaux sociaux: tuberculose, syphilis, cancer, mortalité infantile.

Cette énumération rapide fait apparaître que certaines attributions de direction dépassent largement les dispositions de la loi du 15 février 1902: c'est le cas de la lutte contre les fléaux sociaux notamment, pour laquelle la loi ancienne est muette. La législation suit péniblement les progrès de la technique, mais le fonctionnaire de l'Hygiène publique et sociale doit suivre d'aussi près que possible l'évolution de la science. M. le Préfet Garipuy dit très justement: « L'homme qui restreint son activité à l'application des prescriptions réglementaires peut être un excellent bureaucrate: ce n'est pas un hygiéniste. Pour celui-ci, le texte est un outil de travail qu'il importe de savoir manier en vue du rendement maximum, mais la loi écrite ne saurait contenir les fins de la politique sanitaire. »

C'est pour remédier aux défauts de cet esprit d'adaptation et au manque de souplesse de la loi du 15 février 1902, qu'un nouveau projet de loi, malheureusement toujours à l'état de projet, a été publié au *Journal officiel*

du 10 janvier 1923, tendant à la création dans chaque département d'un Office d'Hygiène sociale.

*
**

Attributions du Secrétaire Général de l'Office

Nous admettons, pour éviter les doubles emplois et assurer l'unité de direction, que la législation d'hier et celle de demain doivent être fusionnées par la création d'un Office dont l'Inspecteur départemental est le Secrétaire général.

La loi du 15 avril 1916, dite loi Léon Bourgeois, sur la lutte antituberculeuse, autorise les dispensaires « établissements publics », mais la composition de leurs Conseils d'administration est si rigide que rares sont les collectivités ayant adhéré à cette formule légale; l'article 10 de la loi assure l'unité budgétaire des Services départementaux d'Hygiène et inscrit les crédits de l'Office au chapitre de la protection de la Santé Publique. Il a semblé préférable, en Seine-et-Marne, de faire de l'Office un service essentiellement départemental.

En septembre 1925, le Conseil d'administration précisa, sous les directives du Préfet, les principaux points du programme à réaliser : (1)

1° Augmenter le nombre des dispensaires en les divisant en dispensaires principaux et en dispensaires secondaires et en étendant leur action à tous les services d'hygiène sociale ;

2° Encourager, réglementer et diriger l'activité des visiteuses d'hygiène et arriver à les rendre « polyvalentes », c'est-à-dire prêtes à s'occuper de tous les services d'hygiène sociale et notamment de ceux qui assurent la préservation de l'enfance ;

3° Multiplier les admissions des malades dans les préventoriiums et les sanatoriums ;

4° Encourager la création des pavillons d'isolement dans les hôpitaux ;

5° Organiser tout ce qui peut faciliter le diagnostic dans les dispensaires ;

(1) Cf. *Hygiène sociale en Seine-Marne* (1931). — M. le Préfet Georges Garipuy.

6° Assurer la diffusion de tout ce qui peut développer l'éducation antituberculeuse.

Entre temps, l'Assemblée départementale approuvait les Statuts de l'Office départemental d'Hygiène sociale (annexe).

Ainsi le souci constant du Directeur des Services d'hygiène doit être, dans l'intérêt même de l'unité d'action, la collaboration avec toutes les œuvres susceptibles d'apporter un appui, avec les personnalités capables de s'intéresser, sous quelque forme que ce soit, à son heureux fonctionnement, en un mot la réalisation d'un front unique contre la maladie. La coopération du corps médical de Seine-et-Marne fut des plus précieuses et des plus significatives; et sous les auspices de M. le D^r Decourt, Président du Syndicat des médecins de Seine-et-Marne, elle s'est toujours affirmée aussi constante, aussi agissante depuis la création de l'Office.

Le 5 janvier 1926, après de longues conférences, les délégués du Syndicat médical et son Président signaient avec M. le Préfet un contrat qui montre bien « l'esprit social » de tous les médecins du Département. A la fin de cet exposé, nous donnerons le texte de cet important document.

DEUXIEME PARTIE

Ainsi se présentent la physionomie d'un département rural, l'aspect particulier que prennent les problèmes d'hygiène, les directives à suivre, les solutions à adopter et leur application rationnelle au département de Seine-et-Marne pris comme exemple.

Quel sera le détail du fonctionnement des différents services placés sous l'autorité et le contrôle du Directeur départemental? Un premier chapitre y sera consacré.

Aux chapitres suivants, en pénétrant plus intimement chacune des activités, ne se posera pas la question de savoir si le Directeur des Services agit en qualité d'Inspecteur départemental ou de Secrétaire général de l'Office d'Hygiène sociale.

CHAPITRE PREMIER

SERVICES CENTRAUX DU DEPARTEMENT DIRECTION DES SERVICES D'HYGIENE

Le Directeur des Services d'Hygiène, s'il veut faire œuvre utile, doit posséder des moyens d'action divers.

Les services centraux y jouent dans le département un rôle de premier plan; leur développement, proportionné à l'importance des besoins de chaque division administrative, ne doit cependant pas être hypertrophié par rapport au reste des services. En dehors de la question budgétaire, qui impose à l'heure actuelle les plus strictes économies, il ne faut pas qu'une direction des services d'hygiène devienne un véritable ministère, même en miniature.

Le chef de service ne doit consacrer à son bureau qu'une partie de son activité; il ne doit jamais oublier qu'avant tout il est inspecteur et, comme tel, doit se rendre sur place pour régler les questions importantes, surveiller le fonctionnement des services périphériques, faire la liaison et une propagande dans le secteur, jugés utiles; l'Inspecteur d'Hygiène doit être surtout sur les routes de son département.

Dans son service central, l'indispensable cependant devra être fait et les obligations inhérentes à son fonctionnement sont loin d'être négligeables.

Autant que possible, ce service moteur aura son siège en dehors de la Préfecture, dans un bâtiment susceptible d'héberger tous ses services, y compris le laboratoire. En dehors de la Préfecture, car les bureaux de l'administration préfectorale ne prêteront qu'une place restreinte et chaque mètre carré d'agrandissement sera une source de litige avec les premiers occupants; il ne faut

pas qu'un service, dès sa naissance, fasse figure d'intrus.

Un autre argument milite en faveur de cette thèse : les services centraux sont constamment en contact avec la population, les malades, reçoivent fréquemment au laboratoire des personnes pour prélèvements (prises de sang), et il est très gênant pour certaines d'entre elles de subir dans une Préfecture les questions posées par le concierge, les huissiers, les employés, ou de demander simplement même des renseignements à ces fonctionnaires.

En Seine-et-Marne, les Services centraux ont trouvé place dans une villa, 12, avenue Thiers, pourvue naturellement du téléphone ; les services qui en dépendent sont les suivants :

1° Le bureau du secrétariat dont nous étudierons le rôle dans un instant ;

2° Le bureau de l'infirmière-chef qui, en plus des attributions normales et habituelles attachées à sa fonction, s'occupe des placements, de la statistique, de l'activité des dispensaires, de la tenue du fichier central et de la liaison courante avec les Comités de patronage ;

3° Le laboratoire départemental d'hygiène, agréé par le ministère, complété par une cuisine, laverie, stérilisation et une glacière électrique pour conservation des toxines, vaccins et sérums ;

4° Dans le jardin, des emplacements sont réservés aux animaux de laboratoire ;

5° Une salle de réunion pour médecins, comités de patronage et le Conseil d'administration de l'Office.

1° Bureau du Secrétariat

Celui-ci centralise la correspondance et la répartit ; c'est de lui que partent les directives dans le département. Il est à la fois un service d'informations et de statistique ; il est indispensable qu'il se tienne au courant de l'écllosion et de l'évolution des différentes maladies sur les points les plus divers de son territoire, de leur répartition, nature, fréquence, gravité, afin de leur opposer aussitôt les mesures appropriées et adapter en temps opportun les solutions adéquates aux problèmes posés.

Il fonctionne comme service de renseignements et

d'études techniques à l'usage des collectivités, du corps médical et du public.

Il est chargé d'organiser une propagande adaptée aux conditions locales, particulières à chaque secteur.

En un mot, le secrétariat constitue le nœud vital de l'organisation de l'Hygiène; c'est pour le directeur des services l'outil indispensable à l'accomplissement de sa tâche.

A titre indicatif, son fonctionnement est assuré par trois employées, chacune chargée d'un travail déterminé, mais toutes trois sténo-dactylographes et interchangeables.

Sans insister davantage, mentionnons que c'est à lui qu'incombe le soin d'établir et de tenir à jour le casier sanitaire communal dans lequel, pour chaque commune, se trouvent réunis les enquêtes, les rapports, les déclarations médicales, les notes aux maires, et tous renseignements sur l'hygiène des agglomérations.

Une mention spéciale doit néanmoins être faite des moyens employés pour obtenir une statistique démographique aussi exacte que possible.

Dans beaucoup de départements, il est à peu près impossible de se faire une idée précise de l'importance relative des « maladies sociales », puisque les déclarations de décès contiennent une proportion d'environ 40 % de causes mal déterminées ou inconnues.

D'accord avec le Syndicat médical de Seine-et-Marne, un bulletin spécial confidentiel, analogue à celui déjà utilisé en Seine-Inférieure par le regretté docteur Ott, a été mis en service dans le Département.

Ce bulletin spécial, de couleur bleue, double avantageusement et même remplace le bulletin vert où le médecin peut avoir quelque scrupule à préciser la nature de l'affection cause du décès, ou y substitue un diagnostic vague comme sénilité, affection cardiaque, ictus, etc.

Toutes les mairies du département possèdent un stock de ces cartes et chaque médecin en est approvisionné par les soins du service d'hygiène.

Cette carte bleue comprend deux parties séparées par une ligne perforée (1).

(1) Docteur B. Lamy, directeur des Services d'hygiène de Seine-et-Marne, dans *Bulletin du Syndicat médical de Seine-et-Marne*, n° 22 du 15 mai 1929.

La partie supérieure, intitulée « certificat de décès », est elle-même divisée en une moitié gauche réservée à la mairie et contenant les renseignements sur le nom, les prénoms, l'âge, le domicile du décédé, le numéro d'enregistrement sur le registre des actes de l'état civil, et une moitié droite où est imprimé un certificat dont le médecin n'a qu'à remplir les blancs pour en faire un document officiel.

La partie inférieure est constituée par une carte-lettre gommée dont un côté est rendu opaque et ainsi réfractaire à toute lecture par transparence. Le médecin y indique la commune, la date du décès, sa cause aussi exacte que possible. Il peut y ajouter des renseignements complémentaires qu'il croit devoir porter à la connaissance des Services d'hygiène; puis il signe ou transcrit le numéro d'enregistrement.

La carte-lettre, pliée et cachetée, est remise à la mairie; l'employé de l'état civil détache la partie supérieure, c'est-à-dire le certificat de décès, pour lui permettre d'établir l'acte de décès et fait parvenir au Service d'Hygiène la partie inférieure cachetée, après avoir inscrit dans une case réservée à son angle gauche le numéro d'enregistrement sur le registre des actes de l'état civil, et le nom de la commune où a lieu le décès (ces renseignements permettant d'éviter les erreurs dues aux fiches doubles, aux pertes, etc.).

Ce document, absolument confidentiel, ne peut être communiqué à personne, ni en original ni en copie. Il est détruit dès que le service de la Statistique sanitaire à Paris y a puisé les renseignements indispensables.

Il s'agit donc, dans toute l'acception du mot, d'une pièce anonyme, où le secret professionnel est absolu, puisque la déclaration de la cause de décès est fournie sans aucune indication sur la personne.

Le corps médical Seine-et-Marnais accorda sans restriction sa confiance à cette nouvelle méthode par sa collaboration presque unanime et, grâce à ce moyen, les Services d'Hygiène arrivent à déceler 98 % des causes de décès.

Pour compléter cette documentation, dès le 1^{er} janvier 1928, était mise en service une fiche spécialement étudiée qui, par perforation, permettait de consigner

d'une façon rigoureusement anonyme tous les renseignements concernant chaque décès (1).

Les fiches utilisées en Seine-et-Marne sont divisées en quarante-cinq colonnes verticales numérotées à la partie inférieure. Chacune d'elle comprend les chiffres allant de 0 à 9 ou de 0 à 12 suivant le renseignement à consigner : numéro de la commune, nombre d'habitants, jour et mois du décès; âge, sexe, famille, nationalité du décédé, lieu et cause du décès. Les perforations, une par rangée verticale, effectuées suivant une clef, forment pour chaque colonne un nombre d'un ou plusieurs chiffres correspondant à un renseignement déterminé.

Le dépouillement peut être effectué automatiquement et avec rapidité à l'aide d'une machine-trieuse, dont les Services se sont assuré la libre disposition chez l'agent général de la marque.

Ce procédé a paru si séduisant que, dès 1929, la Statistique Générale de la France en décidait l'emploi à titre d'étude dans six départements français, dont la Seine-et-Marne.

Actuellement donc, afin de ne pas violer le secret professionnel sous le couvert duquel les médecins praticiens font des déclarations sincères, les Services d'Hygiène inscrivent les diagnostics, transcrivent les renseignements contenus dans les bulletins confidentiels (les bulletins verts officiels), destinés à la Statistique Générale de la France, puis détruisent ces bulletins confidentiels et détachent du bulletin vert la partie supérieure contenant les nom et prénoms du décédé.

La Statistique Générale de la France possède dès lors des renseignements qui, pour être anonymes, n'en sont pas moins rigoureusement exacts.

2° Services de l'infirmière-chef

Ce service est en général assez diversement organisé. Dans certains départements, l'infirmière-chef est, de par

(1) Cf. Docteur B. Lamy: *La Statistique démographique par fiches perforées*.

sa nature même, chargée de la direction des infirmières visiteuses, de la discipline, de l'organisation de leur service et de l'élaboration des directives générales et particulières.

Dans d'autres départements, les infirmières dépendent directement des médecins inspecteurs de leur circonscription ou du médecin de dispensaire de leur secteur. A l'infirmière-chef n'est dévolu alors qu'un simple rôle administratif de répartition, de nomination, de mutation de ses infirmières.

En Seine-et-Marne, dans ce domaine comme dans les autres, l'unité de direction a été rigoureusement appliquée : toutes les infirmières du département dépendent directement, tant au point de vue administratif qu'au point de vue technique, du Directeur des Services d'Hygiène. L'infirmière-chef n'est là, près de lui, que pour transmettre ses directives et en surveiller l'exécution au cours d'inspections fréquentes.

Il n'en existe pas moins une collaboration confiante entre le chef des services et l'infirmière-chef, et, pratiquement, c'est d'un commun accord que sont élaborées les directives nouvelles.

En dehors de ces attributions, l'infirmière-chef est chargée de tout ce qui concerne les placements et notamment de la constitution et de l'envoi des dossiers.

C'est elle qui centralise les rapports des infirmières, les soumet au chef des services, vérifie les états divers que celui-ci doit signer ; c'est elle qui établit les statistiques sur l'activité sociale du service, soit pour la documentation du centre, soit pour leur envoi aux différentes administrations, sous la forme exigée par chacune d'elles (Office National d'Hygiène sociale, Comité National de Défense contre la Tuberculose, Service de prophylaxie des maladies vénériennes, etc.).

Enfin les employées de l'infirmière-chef établissent et tiennent à jour, grâce à des fiches de liaison diverses, le Fichier Central, par noms et par commune. Ce travail nécessite une attention et un soin parfaits.

Le Fichier Central contient en abrégé tous renseignements concernant le dépistage, l'état et le placement des tuberculeux du département entier. Un système de

cavaliers de couleur (1) permet instantanément de lire le nombre approximatif des tuberculeux positifs, de ceux placés dans un établissement hospitalier ou sanatorial, des pensionnés surveillés, des malades envoyés au dispensaire par le médecin praticien ou par un dispensaire étranger, etc.

Un Fichier Central ainsi conçu résume sous un faible volume toute l'histoire de la tuberculose dans le département. Bien tenu, il remplace, tant qu'elle n'est pas obligatoire pour les médecins, la déclaration des cas de tuberculose.

Un fichier central analogue existe pour les enfants vaccinés préventivement au B. C. G.

Nous décrirons plus loin le rôle de l'infirmière-chef au sein du Comité de patronage; ajoutons seulement que son service en Seine-et-Marne est facilité par l'adjonction de deux infirmières-secrétaires.

3° *Le Laboratoire départemental d'Hygiène*

M. le Préfet G. Garipuy nous dit de cet organisme : (2)

(1) Nomenclature des cavaliers de couleur :

Rouge : tuberculeux ouverts.

Bleu : malades placés en sanatorium.

Jaunes : malades placés à l'hôpital.

Vert : malades envoyés par les médecins praticiens.

Violet : malade envoyé par un médecin particulier.

Jaune et blanc à côté l'un de l'autre : réformés tuberculeux avec indemnité de soins.

Dans un casier spécial, les fiches individuelles sont rangées par lettre alphabétique.

Dans un casier voisin sont les fiches des communes rangées par lettres alphabétiques; les communes importantes ont leurs fiches par rues, celles-ci rangées par lettres alphabétiques.

Sur les fiches individuelles sont consignés les noms, prénoms, adresses, le nom du dispensaire en cause, la date de l'envoi en sanatorium.

Sur les fiches des communes sont relatés la date de l'inscription au dispensaire, les noms, prénoms, l'âge des malades. En cas de décès, le nom est rayé à l'encre rouge. Si le sujet disparaît, son nom est rayé au crayon et devient ainsi utilisable en cas de retour.

En cas de mort, le décès est consigné sur la fiche individuelle qui est conservée dans un casier spécial.

(2) Cf. M. G. Garipuy : *L'Hygiène Sociale en Seine-et-Marne* (1931).

« Le laboratoire d'hygiène est un instrument précieux de dépistage, d'éducation et d'action sanitaires auprès du Corps médical, des établissements hospitaliers et des municipalités.

« Le laboratoire permet d'offrir au malade, au suspect, dans des conditions de gratuité dont le médecin est seul juge, un moyen de diagnostic généralement fort onéreux et auquel le praticien hésitait souvent à recourir. Désormais le Corps médical, les dispensaires, les hôpitaux n'hésiteront plus, pour des raisons d'économie, à faire usage d'un élément d'information nécessaire pour la cure du malade et la prophylaxie de l'entourage.

« Non seulement le laboratoire met à la disposition du praticien ses diagnostics bactériologiques et sérologiques relatifs aux maladies infectieuses aiguës ou chroniques en cours, mais il leur fournit le matériel nécessaire à la recherche des porteurs de germes et à la détermination des réactions biologiques d'immunisation ou d'allergie (toxine diphtérique, tuberculine) et grâce à l'obligeance de l'Institut Pasteur, des vaccins et sérums qu'il est aujourd'hui impossible de se procurer dans le commerce (vaccin B. C. G. antituberculeux du Professeur Calmette. Sérum contre la poliomyélite aiguë du docteur G. Petit).

« L'habitude d'avoir recours au laboratoire deviendra pour le médecin et pour le malade une source de renseignements utiles, susceptibles d'aiguiller le traitement et, pour les Services départementaux d'hygiène, un élément d'information précieux sur l'incidence et la distribution des maladies contagieuses, permettant de diriger une prophylaxie efficace.

« L'activité du laboratoire ne se limite pas à la lutte contre les maladies, elle intervient dans toutes les questions de salubrité et en particulier pour le contrôle de la qualité des eaux d'alimentation.

« La circulaire du 24 novembre 1924 impose à l'Inspecteur départemental d'hygiène le contrôle des adductions d'eau et prescrit des analyses périodiques des eaux d'alimentation. D'autre part, les municipalités gaspillent parfois des sommes considérables à des travaux préparatoires de recherches d'eau alors que des analyses opportunes des eaux de sources, de puits, voire même de cours

d'eau voisins, eussent orienté dès le début l'administration municipale vers une solution économique.

« Enfin le développement des lotissements dans le département de Seine-et-Marne nécessite un contrôle constant appuyé d'analyses sur la qualité des eaux d'alimentation imposée au lotisseur.....

« L'arrêté préfectoral du 21 novembre 1925 confie le contrôle des fosses septiques à l'Inspecteur départemental d'hygiène; ce contrôle suppose également un Service d'analyses qui entre tout naturellement dans les attributions du laboratoire d'hygiène outillé pour toutes les recherches concernant l'épuration des eaux usées et des eaux d'alimentation. »

Le laboratoire départemental d'hygiène figure sur la liste administrative des laboratoires agréés pour le contrôle des eaux d'alimentation.

L'expérience a montré l'exactitude de ces prévisions; actuellement, le laboratoire d'hygiène est utilisé par tous: médecins, hôpitaux, instituteurs ont recours à cet organisme pour les analyses bactériologiques de diagnostic ou le contrôle des porteurs sains et convalescents. La presque totalité des examens qui y sont effectués bénéficient de la gratuité et viennent s'ajouter à ceux adressés par les

Années	Crachats	Syphilis	Tuberculose	Diphtérie	Eau	Divers	Total des Examens
Du début au 31 décembre 1926	127	»	»	»	»	»	127
1927	1.137	137	58	31	80		1.443
1928	1.531	762	422	559	137		3.411
1929	1.543	1.261	768	626	206		4.404
1930	2.129	1.921	1.165	779	226	254	6.474
1931	2.453	1.861	934	585	165	393	6.391
1932	2.654	2.092	1.208	555	222	663	7.394

dispensaires. En ce qui concerne les épidémies, son rôle est prépondérant.

Le tableau précédent donne une idée de l'importance prise par ce service depuis sa création :

Nous aurons, ailleurs, à revenir sur l'utilisation du laboratoire pour chacune des activités de l'hygiène.

Le personnel placé sous la direction et la responsabilité du directeur des Services comprend : un chef de laboratoire (licence ès sciences, stages à l'Institut Pasteur, à l'Institut prophylactique, au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine de Paris et au laboratoire de la surveillance des Eaux de la Ville de Paris), d'une laborantine et d'une femme de charge pour le nettoyage de la verrerie et la stérilisation.

Propagande

La Propagande, pour être efficace, doit revêtir des formes multiples et être poursuivie sans relâche. En dehors de la publicité organisée dans le département par l'Office National d'Hygiène Sociale et par le Comité de défense contre la Tuberculose, la propagande est faite sous couvert de conférences aux populations, aux écoles, aux instituteurs. Fréquemment des articles de fond sont communiqués à la presse locale qui, gracieusement et avec empressement, se met à la disposition de l'Office. Les médecins sont atteints par le Bulletin du Syndicat médical et ses pages sont très largement ouvertes à toutes communications des services d'hygiène. Notons que tous les médecins des services d'hygiène sont membres du syndicat. Les instituteurs sont touchés par le *Bulletin de l'Enseignement primaire* et les maires par le *Recueil des Actes administratifs*.

Des affiches, des tracts, des publications sont exposées dans les salles d'attente de dispensaires et envoyés fréquemment aux municipalités ainsi qu'aux écoles.

Enfin, nous ne devons pas oublier qu'une des formes les plus agissantes de la propagande est constituée par les visites de liaison que médecins de dispensaires et infirmières ont le devoir de faire aux municipalités, aux praticiens, aux instituteurs et aux familles. Dans ces derniers cas, éducation et propagande se confondent pour engendrer des résultats féconds.

Avant de clore ce chapitre, il est, croyons-nous, utile de signaler au passage une forme de propagande auprès des populations et des élèves, propagande mise à l'essai et dont le succès s'est affirmé prodigieux. Grâce à une subvention spéciale de la Fondation Rockefeller, un matériel varié, mais facilement transportable dans une valise, a été sélectionné et mis à la disposition d'une infirmière éduquée à « travailler » par conférences plusieurs « îlots ruraux ». Nous entendons par ce terme un groupe de communes à population plus ou moins disséminée où l'effort de propagande, sa forme sont tels qu'ils doivent atteindre presque à domicile tous les habitants. Chaque îlot bénéficie d'un exposé sous forme de travaux pratiques à la portée de tous; le succès s'en est affirmé complet dès le début. Une véritable encyclopédie de l'hygiène a été ainsi constituée; les points principaux ont été d'une part l'hygiène individuelle, la protection contre les maladies transmissibles, la tuberculose plus particulièrement, d'autre part la puériculture, illustrée à l'aide d'une grande poupée pouvant subir l'épreuve de l'eau.

Une liaison maintient le contact entre départements avec échanges de publications intéressant les services.

Des visites faites à plusieurs reprises par le Directeur des Services d'hygiène dans divers pays étrangers, des réceptions fréquentes en Seine-et-Marne de médecins de toute nationalité réalisent une utile liaison et permettent l'étude comparative des solutions pratiques de nombreux problèmes d'hygiène.

CHAPITRE II

SERVICES PERIPHERIQUES

Quelles que soient l'importance et la valeur des Services centraux, ceux-ci n'obtiendraient que des résultats médiocres et disproportionnés avec leur développement, si leur activité n'était complétée par celle d'une bonne organisation périphérique établissant sur place le contact intime avec la population.

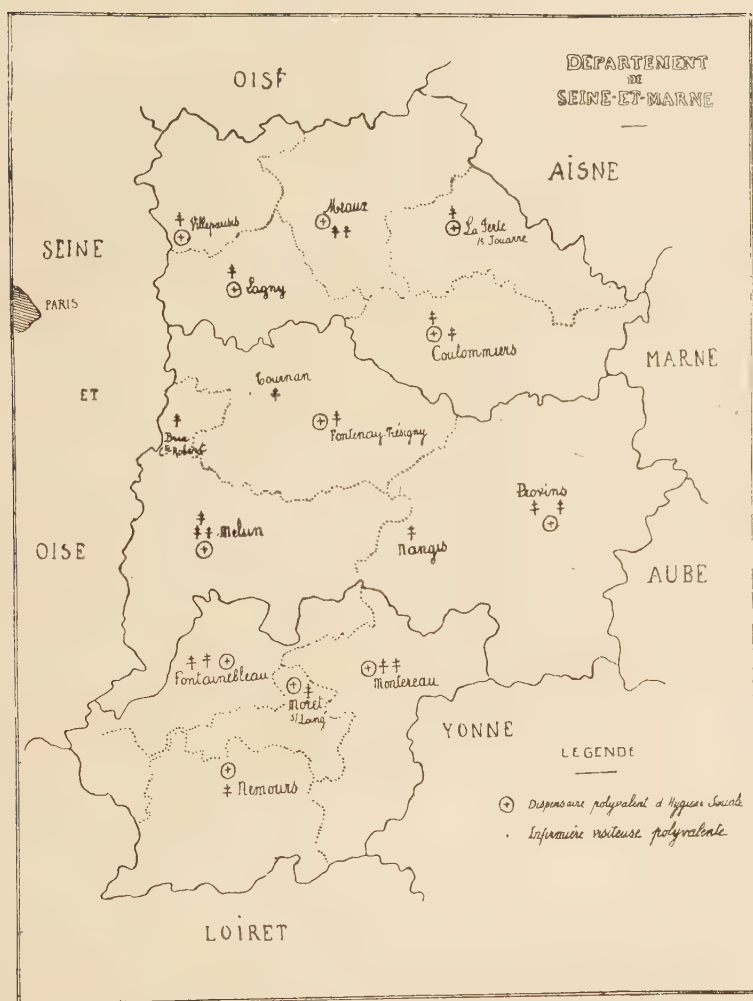
Ces services périphériques comprennent les dispensaires, les médecins inspecteurs-adjoints de circonscription, les infirmières visiteuses, enfin les organismes rattachés aux dispensaires, dont le type est le Comité de patronage des dispensaires d'hygiène sociale.

1° Le Dispensaire

Le dispensaire est actuellement un organisme trop connu pour que nous insistions longuement sur son fonctionnement et son but.

Centre de dépistage et de triage, d'éducation, de prophylaxie et de diagnostic, il constitue un merveilleux instrument de lutte contre les grands fléaux sociaux, à condition toutefois de posséder un outillage technique suffisant, un médecin actif et compétent, des infirmières qualifiées et dévouées.

On comprendra facilement que les dispensaires ne peuvent être tous construits sur un type uniforme: le dispensaire urbain à grand rendement, mais aussi à installation et à fonctionnement onéreux, ne peut trouver sa place dans un département rural. Ici, mieux vaut multiplier de petits dispensaires, cependant outillés complètement, qu'en diminuer le nombre en augmentant l'im-



CIRCONSCRIPTIONS ET SECTEURS EN SEINE-ET-MARNE
(Juin 1931)

Trois médecins inspecteurs-adjoints de circonscription
Douze dispensaires polyvalents tous pourvus de radio
Un laboratoire central d'hygiène (Melun)
Vingt et un secteurs d'infirmières visiteuses polyvalentes
(Les limites des secteurs sont marquées en pointillé ; les limites
des trois circonscriptions en trait plein)

portance de chacun. Il convient que tous les points du département soient facilement desservis par ces organismes; ceux-ci mis à la portée des malades leur permettent de tirer de leur fréquentation tout le bénéfice désirable.

Et si, en milieu urbain, il est peut-être plus commode de concevoir théoriquement et pratiquement le dispensaire spécialisé, monovalent, en département rural, il devient difficile, sinon impossible, de multiplier à l'infini des locaux aménagés chacun dans un but déterminé.

La « plurivalence » du personnel doit entraîner ainsi la « plurivalence » des locaux.

Sauf dans les cas d'espèces où préexistent déjà dans des conditions heureuses des organismes qu'on utilise alors pour raison d'économie, il faut s'ingénier en milieu rural à grouper dans un même bâtiment toutes les activités périphériques de l'Office; le travail déjà si varié de l'infirmière en sera notablement simplifié; la tenue à jour du « fichier familial » sera facilitée, et les renseignements qu'il fournit seront toujours à portée, quelle que soit la nature des consultations qui y sont données.

Cette conception a prévalu depuis quelques années dans certaines villes, mais quelques-unes d'entre elles seulement peuvent se permettre le luxe coûteux d'édification de tels édifices.

En Seine-et-Marne, une expérience intéressante a été faite.

La ville de Coulommiers ne possédant pas de locaux disponibles susceptibles d'abriter un dispensaire avait affecté à ce service ceux du Tribunal supprimé en 1926. Mais le rétablissement récent des tribunaux ayant nécessité la libération des salles du Palais de Justice, les services d'hygiène se virent dans l'obligation, pour continuer la vie active d'un dispensaire très fréquenté, de construire de toutes pièces un bâtiment. La municipalité, et c'est à son honneur, s'intéressa vivement au projet qui lui fut soumis et participa pour une part importante à la dépense.

L'étude pratique de ce projet soulevait différents problèmes: création d'un organisme simple, commode, répondant aux diverses nécessités de l'hygiène moderne, tout en n'exigeant qu'un prix de revient relativement bas.

Les locaux furent divisés en trois parties indépendantes les unes des autres :

1° Salles pour la consultation des malades contagieux : consultations antituberculeuses, antivénéériennes, anticancéreuses, désignées par le terme impropre, mais du moins commode, de « partie septique ».

2° Salles pour consultations de personnes non contagieuses, saines de ce point de vue : « partie aseptique » : consultations prénatales, de nourrissons, inspections médicales scolaires, consultations d'hygiène mentale...

3° Locaux réservés à la propagande (conférences, projections, expositions et démonstrations d'hygiène). Cette partie du bâtiment englobe le logement de l'infirmière visiteuse du secteur et des salles de réunion pour le Comité de patronage local.

Ce type de « centre rural », de conception simple et pratique, destiné uniquement à la prévention, a déjà reçu sa consécration dans certaines régions de Pologne (1), à populations dispersées, où il rend d'éminents services.

A Coulommiers, un « Centre rural d'hygiène sociale », réalisé suivant ce principe, fonctionne depuis un an, a été inauguré officiellement le 15 octobre 1933 par le représentant du Ministre de la Santé Publique, M. le Préfet Léon et M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, en présence de M. Pierre Mortier, député-maire de Coulommiers, et des autorités locales.

Il nous semble indispensable de revenir sur la disposition des locaux, en partant des directives énumérées il y a un instant, pour bien comprendre le mécanisme original du fonctionnement de ce centre.

Le bâtiment comprend un rez-de-chaussée, un étage et un sous-sol.

Le rez-de-chaussée est réservé aux actes médicaux et, dans une partie en avant-corps, au logement de l'infirmière. Celui-ci est composé d'une chambre avec salle de bains, toilette, d'une salle à manger, d'une cuisine : un placard-penderie, ainsi que des water-closets sont aména-

(1) Cf. Docteur B. Lamy, directeur des Services d'hygiène en Seine-et-Marne : *Les Services centraux d'hygiène en Pologne*.

gés sous l'escalier de service desservant le premier étage; le chauffage est assuré par une petite installation autonome, type « Idéal Classic ».

Le bloc réservé aux consultations est divisé en deux parties symétriques par une cloison médiane s'arrêtant au bureau de l'infirmière.

Chaque côté a son entrée-vestibule formant tambour, avec accès au cabinet du médecin d'une part, à la salle d'attente d'autre part.

Chaque salle d'attente est pourvue de deux « boxes-déshabillloirs ». Du côté « aseptique », ceux-ci sont vitrés à la partie supérieure ou plafond, de façon que des enfants reconnus suspects par le Médecin y soient isolés.

Du côté « septique » faisant suite au cabinet médical, est installé en chambre noire un appareil de radioscopie, au-dessus de l'appareil de chauffage central, ceci afin de maintenir une température idéale et d'éviter l'humidité si nuisible à son bon fonctionnement.

Symétriquement, mais du côté « aseptique », faisant toujours suite au cabinet médical, se trouve une petite salle de démonstrations pour les mamans : deux baignoires d'enfants avec chauffe-bains, un évier et un réchaud à gaz. Les mères peuvent ainsi recevoir les notions essentielles de préparation correcte des biberons et bouillies, et apprendre à baigner fréquemment leurs enfants.

Le bureau de l'infirmière visiteuse constitue une des particularités essentielles de cette conception.

Pièce unique, débordant de chaque côté sur les salles d'attente, séparée de celles-ci par une banquette à hauteur d'appui, là sont rassemblés dans un fichier unique tous renseignements concernant les personnes consultantes, et l'infirmière peut, de sa table, surveiller chaque salle d'attente.

Le premier étage comprend une salle de réunions pour le Comité de Patronage local, un Secrétariat-bibliothèque, un vestiaire et une salle de conférences pouvant contenir 120 auditeurs environ; une cabine cinématographique est située au-dessus de l'entrée de la salle avec écran sur le mur opposé; l'obscurité est réalisée par un système approprié de stores. Des sorties de secours s'ouvrent sur deux terrasses munies chacune d'échelles d'incendie. Cette salle est principalement destinée aux enfants des écoles,

pour lesquels des films de propagande peuvent être projetés; une petite exposition permanente d'hygiène, surtout composée de tableaux muraux, est destinée à leur instruction.

Le sous-sol est aménagé pour le chauffage central de l'immeuble et comprend de plus un lavoir et une baignoire pour malades suspects.

Malgré le prix de revient peu élevé d'un Centre d'hygiène ainsi conçu, il est cependant préférable, tout en suivant à la lettre les mêmes principes directeurs, d'utiliser des locaux existants pour leur donner finalement une forme analogue; c'est le cas du Centre d'hygiène de Fontenay-Trésigny par exemple, dû à la générosité du maire et conseiller général de cette localité, M. Hardy.

Si le Centre d'hygiène constitue la solution de choix, il ne faut pas croire que des installations aussi importantes soient indispensables pour obtenir des résultats tangibles; la plupart des dispensaires sont plus simplement conçus : schématiquement une salle d'attente, des déshabilleurs, un bureau pour l'infirmière et son fichier et enfin le cabinet du médecin avec appareil de radioscopie séparé ou non.

Actuellement douze dispensaires, tous pourvus d'équipement radioscopique, sont en service en Seine-et-Marne, et plusieurs municipalités demandent à être pourvues de tels organismes.

2° Le médecin inspecteur-adjoint

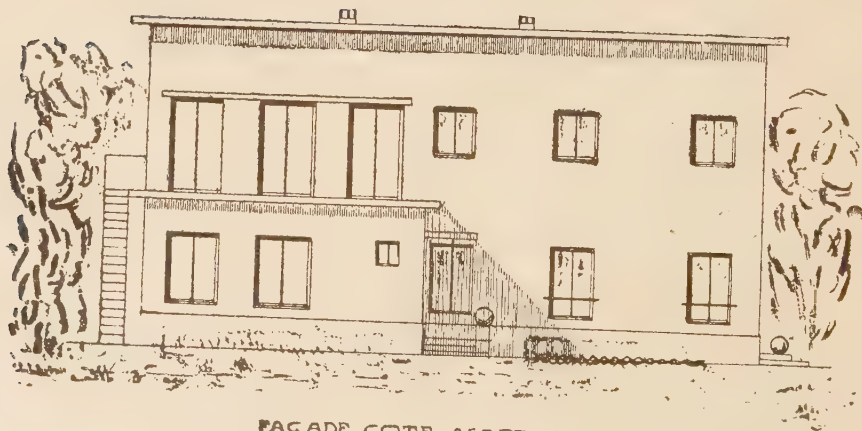
Malgré l'activité dont il peut être capable, il n'est pas possible au directeur des Services d'hygiène d'assurer lui-même à la fois la direction, le contrôle sur place, les diverses liaisons, le service des consultations dans les dispensaires.

Dans un département rural, comme en Seine-et-Marne d'ailleurs, il serait de plus, matériellement impossible, en raison même de la multiplication des consultations sur tous les points du territoire, de confier ces divers services à une seule personne.

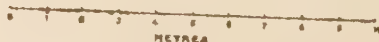
Deux solutions peuvent être envisagées qui, on peut le dire, ont chacune leurs partisans convaincus et en faveur desquelles interviennent des arguments d'importance égale.

CENTRE D'HYGIÈNE POUR SECTEUR RURAL

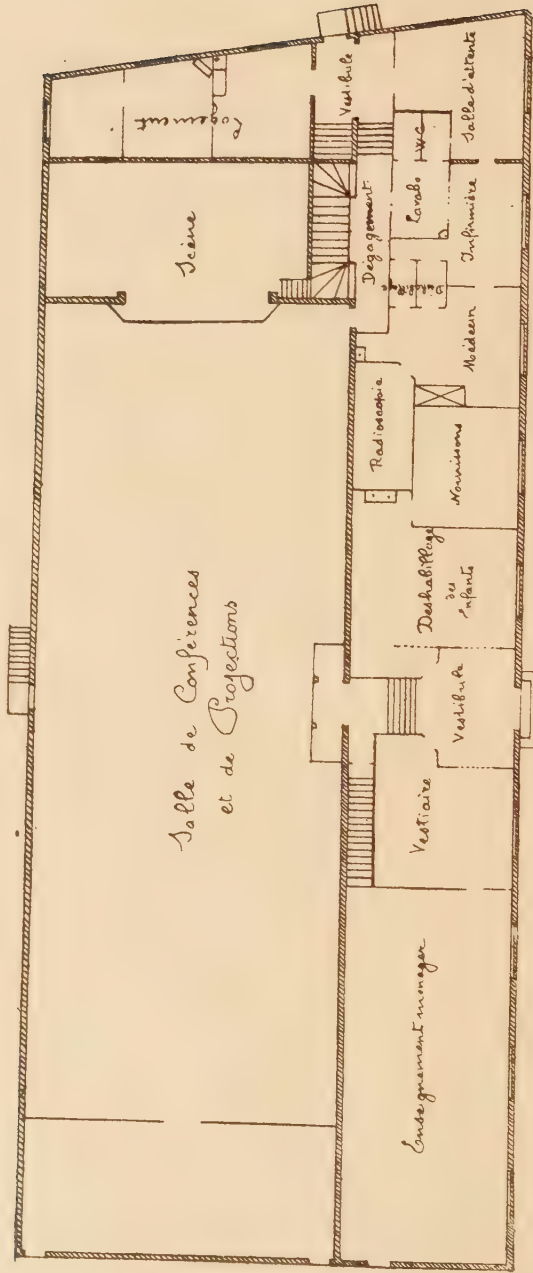
Projet établi par les services d'hygiène de Seine-et-Marne



FACADE COTE ASEPTIQUE



Plan du rez-de-chaussée du Centre d'hygiène
de Fontenay-Trésigny.



CENTRE D'HYGIÈNE DE FONTENAY-TRÉSIGNY
(dû à la générosité de M. Hardy, Conseiller général, maire de Fontenay-Trésigny)

a) *Médecins monovalents* :

Le service des dispensaires antituberculeux est, d'après cette formule, assuré par un médecin spécialiste, très entraîné et dont toute l'activité, du début à la fin de la semaine, est consacrée à donner, sur différents points du territoire, le plus grand nombre de consultations.

A ses côtés, un ou plusieurs médecins assurent les consultations antivénériennes, et chaque nouvelle activité nécessite l'emploi d'un spécialiste qualifié.

Dès lors, le directeur des Services d'hygiène est obligé d'assurer seul, dans le département, l'application de la loi de 1902 ou doit être secondé, dans ce but, par des inspecteurs d'hygiène adjoints pour des circonscriptions plus ou moins nombreuses.

On conçoit, à ce simple énoncé, combien, pour un département rural, une telle solution paraît onéreuse et ne semble pouvoir être appliquée que dans des départements industriels aux populations denses, et dans de très grandes villes.

b) *Médecins plurivalents* :

Depuis nombre d'années est préconisée une autre solution plus séduisante, permettant, dans le département à faible densité de population, d'organiser, avec le minimum de dépenses, un armement sanitaire efficace.

Cette solution est celle de la « plurivalence » plus ou moins complète du médecin; en réalité, nous devons reconnaître que seuls de très rares techniciens se sont faits les défenseurs de la « plurivalence » intégrale des médecins. Il est en effet impossible — et c'est là le principal argument des adversaires des médecins « plurivalents » — d'exiger d'un médecin d'être suffisamment spécialisé en hygiène publique, en tuberculose, en vénéréologie, en puériculture, etc., pour jouer le rôle de médecin consultant ou d'expert dans certaines circonstances. Le spécialiste en tout n'est spécialiste en rien, et cet argument suffirait à lui seul à condamner la « plurivalence » si celle-ci était réellement aussi poussée à l'extrême.

Il n'a jamais été question, pour des esprits pratiques et avertis, d'en arriver là; si, et nous le verrons plus loin, on peut réclamer la « plurivalence » complète, pour les locaux, les infirmières visiteuses et l'ensemble d'un service possédant l'unité de direction, il n'a jamais paru devoir en être de même pour les médecins inspecteurs d'hygiène adjoints.

Certains départements ne demandent aux inspecteurs adjoints que le soin d'assurer l'inspection médicale scolaire dans les circonscriptions où, selon la loi du 15 février 1902, ils sont les gardiens de la Santé Publique. D'aucuns leur imposent en outre les consultations antituberculeuses, quelquefois antivénériennes quand ce ne sont pas les consultations de nourrissons.

Le département de Seine-et-Marne, pris comme exemple, compte tenu de son caractère essentiellement rural, a choisi une solution intermédiaire qui se défend parfaitement, et qui, l'expérience des années aidant, fait, auprès de ses rivaux, bonne figure.

Les médecins inspecteurs d'hygiène de circonscription sont nommés au concours parmi les diplômés des Instituts d'hygiène; ce sont ainsi au premier chef des médecins hygiénistes. Ils doivent de plus avoir obligatoirement suivi un des cours de perfectionnement que le Comité national de défense contre la tuberculose a institués (cours de M. le Professeur L. Bernard, cours de Rist, Sergent).

Ce n'est pas trop demander à un cerveau que d'ajouter à des connaissances étendues d'hygiène, dans lesquelles l'épidémiologie et la prévention ont une si large place, une spécialisation en phtisiologie qui consiste beaucoup dans l'affinement du sens clinique dirigé et dans le perfectionnement des méthodes d'investigation appliquées à l'appareil respiratoire.

Les médecins de dispensaires reprochent aux diplômés d'hygiène d'assurer le service de consultations antituberculeuses sans être suffisamment qualifiés. Cette critique repose tout entière sur un malentendu. En cette occurrence, le médecin inspecteur d'hygiène n'a d'autre rôle que celui de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose. En aucun cas, le traitement, en continuelle évolution, aux gammes si variées, en un mot le rôle si com-

plexe de médecin d'hôpital-sanatorium, ne doit être assuré par l'inspecteur d'hygiène.

En Seine-et-Marne, les médecins inspecteurs-adjoints assurent donc le service des consultations antituberculeuses au dispensaire, et non le traitement des malades.

De plus, les consultations anticancéreuses sont de leur ressort; en cette matière, encore moins qu'en phthisiologie, la spécialisation à outrance n'est indispensable ni utile. L'absence d'appareillage puissant et hors de proportion avec l'importance des dispensaires ruraux, ne permet pas de faire certains diagnostics de cancers viscéraux au début, c'est-à-dire à la seule période intéressante pour l'avenir des malades. Le rôle des dispensaires se borne au dépistage et au diagnostic des tumeurs de la peau et des cavités accessibles. Si l'examen clinique laisse deviner un processus profond, le malade est adressé au sous-centre anticancéreux de Fontainebleau et, de là, si nécessaire, au centre de Villejuif.

Les consultations prénatales et antivénériennes sont assurées par des médecins praticiens locaux payés par l'Office d'hygiène; le roulement n'existe pas. Nommés par le préfet après approbation ministérielle, ils sont choisis parmi les plus qualifiés par leurs titres, leurs fonctions ou leur spécialisation.

Les consultations de nourrissons fonctionnent dans toute commune pouvant y envoyer dix bébés au moins de 0 à 2 ans; ce service, dévolu en principe au médecin chargé de la protection du premier âge (loi Roussel) est, lui aussi, mis en jeu par l'autorité préfectorale.

L'inspection médicale scolaire suit un sort analogue; cependant quelques villes et un certain nombre de communes rurales ont préféré faire appel au médecin inspecteur-adjoint de circonscription. Cette solution paraît assez séduisante, car elle permet, de la part du médecin phthisiologue, de convoquer au dispensaire tous les suspects examinés; s'en suit ainsi une liaison plus intime, renforcée qu'elle est par des examens complémentaires, radiologiques, bactériologiques ou sérologiques.

Suivant le désir des municipalités, désir largement et presque généralement exprimé, les vaccinations antidyphériques à l'anatoxine de Ramon sont effectuées, soit par

le médecin praticien local, soit par le médecin inspecteur-adjoint.

A toutes ces consultations variées, une infirmière visiteuse d'hygiène joue le rôle d'aide et de secrétaire et en prolonge l'effet par des visites à domicile; elle remplit ici encore le « rôle social » qui constitue une de ses attributions essentielles.

Ainsi le médecin « plurivalent », en Seine-et-Marne, n'est qu'un hygiéniste spécialisé en tuberculose, et les soi-disant attributions qu'on lui prête en dehors de la loi du 15 février 1902 ne sont en réalité que la mise en œuvre harmonieuse, en vue de la prévention et de la prophylaxie des maladies, de toutes ses activités.

Enfin, cette méthode de répartition des attributions laisse au directeur départemental l'exclusivité de direction; le médecin inspecteur adjoint reste dans le rôle défini par le contrat passé entre l'Office et le Syndicat médical du département : dépistage, prophylaxie, à l'exclusion de tout traitement.

3° *Infirmières visiteuses d'hygiène* (*Service social*)

Nous avons, au début de cet exposé, brossé à grands traits la physionomie particulière des infirmières visiteuses d'hygiène en département rural et nous avons nettement donné notre préférence au principe de multiplicité de leurs activités, de leur « plurivalence » en employant un heureux néologisme.

C'est sur ces bases qu'en Seine-et-Marne a été élaborée leur charte.

Actuellement, mais après une période de développement progressif, les infirmières visiteuses, au nombre de 32, sont réparties sur les différents points du territoire et relèvent chacune d'un dispensaire déterminé. Il s'agit, pour se servir d'une image fidèle, d'un immense filet de protection tendu au-dessus des agglomérations rurales, filet dans les mailles duquel rien de ce qui intéresse l'hygiène générale ne saurait passer sans y être relevé. L'infirmière visiteuse, à pied, à bicyclette, en automobile, étudie à chaque visite, en un point donné, tous les problèmes de sa compétence et assure ainsi le rendement le plus efficace comme le plus économique.

Rien ne saurait mieux illustrer leur rôle qu'en faisant défiler, dans le cadre des dispensaires « plurivalents », l'exercice de leurs différentes activités, que celles-ci aient trait à la lutte contre les grands fléaux sociaux ou qu'elles relèvent de l'application de la loi du 15 février 1902.

Activité antituberculeuse. — Dépistage des malades, visites à domicile, enseignement de la prophylaxie, isolement des contagieux chez eux ou à l'hôpital, placement en préventorium-sanatorium, préservation des membres sains de la famille et placement des enfants et des nourrissons, distribution gratuite de B. C. G. aux nouveaux-nés, surveillance de ces enfants et revaccination à 1 an, surveillance des soldats réformés pour tuberculose après la guerre, accord avec la préfecture pour le contrôle à domicile du repos et du traitement prescrits par la loi à tous les réformés surpensionnés, etc.

Activité antivénérienne. — Dépistage des cas anciens de syphilis, effort pour obtenir les confidences des malades et leur confiance, surveillance de leur assiduité dans le traitement, recherche des malades récalcitrants, arrangement pour la gratuité du traitement, au choix dans les dispensaires ou à domicile par le médecin de famille, liaison avec le médecin traitant pour toutes les analyses d'urine, de sang, etc.

Activité contre le cancer, en dirigeant tout cas suspect sur les dispensaires et les consultations chirurgicales spécialisées et gratuites.

Activité contre toutes les maladies chroniques : cœur, nutrition, hygiène mentale, en facilitant l'accès aux consultations spécialisées après un premier examen au dispensaire, qui ne donne ni secours, ni soins, ni ordonnance, mais les infirmières prennent part à l'organisation des comités de patronage reliés aux dispensaires pour soutenir les malades nécessiteux.

En plus du travail des dispensaires polyvalents, le travail des infirmières visiteuses seconde celui du médecin inspecteur.

Lutte contre les maladies contagieuses. — L'infirmière examine les cas signalés par les écoles, les absences suspectes, pour éviter la rentrée à l'école avant la fin de la contagion.

Certaines infirmières sont chefs de poste de désinfection ; tous les cas leur sont déclarés ; elles enseignent les soins et les précautions à prendre, installent la désinfection en cours de maladie, le nettoyage complet à la période terminale et en cas de décès.

Le dépistage est actif dans les écoles aux périodes d'épidémie de scarlatine, de rougeole, de diphtérie ; l'infirmière y va chaque matin et fait elle-même les prélèvements de gorge et les évictions d'enfants.

Quelle que soit la maladie, aiguë ou chronique, l'infirmière est chargée de l'hospitalisation, des placements, du transport des malades dans les sanatoriums, à la mer et à la montagne. Après guérison, elle veille à la réadaptation, à la rééducation professionnelle des cas orthopédiques de paralysie infantile, tuberculose, etc.

Lutte contre le taudis. — L'infirmière exige des réparations tant que le taudis doit rester habité faute de constructions neuves, surveille l'aération, la propreté, prélève l'eau suspecte pour analyse, fait réparer les fosses d'aisances, etc.

Enquête sanitaire complète des communes. — L'infirmière, lors de sa première visite, procède à cette enquête pour établir un petit dossier comprenant, sur chacune de ses communes :

La démographie depuis les quatre dernières années ;
L'état sanitaire ;

La liste des personnalités influentes du pays à éduquer en hygiène ;

Les eaux potables analysées ou non, les égouts, les ordures ménagères, les logements insalubres, les établissements classés, la salubrité des cimetières, des abattoirs, etc., l'hygiène alimentaire, le lait, l'hygiène des œuvres privées d'enfants et de vieillards, l'hygiène des écoles (situation, aération, lavabos, etc.).

A chaque nouvelle visite dans ses communes, l'infirmière complète ce dossier sanitaire et ranime les efforts en hygiène du maire et de son conseil municipal.

Pour compléter son rôle prophylactique, l'infirmière visiteuse agit sur l'individu sain et assure la protection de la santé morale et physique, sans interruption, depuis la période prénatale jusqu'à l'âge mûr.

Protection anténatale. — L'infirmière surveille que toute femme enceinte se fasse examiner médicalement au quatrième mois, indique comment elle peut bénéficier des secours de grossesse et, dans certains centres, obtient que toutes les femmes enceintes demandant des secours viennent au dispensaire pour avoir une radioscopie et une analyse de sang par la réaction de Vernes à la syphilis et à la tuberculose.

Les médecins traitants et les sages-femmes coopèrent très bien avec les infirmières dans cette prophylaxie anténatale.

Protection de l'enfance. — *Nourrissons :* Les infirmières, en accord avec les mairies de Fontainebleau, de Montereau, de Nemours et des communes environnantes, sont prévenues de chaque naissance et vont visiter tous les nouveau-nés, riches ou pauvres, pour s'assurer s'ils sont élevés dans de bonnes conditions d'hygiène.

Elles retournent aussi souvent qu'il est nécessaire dans tous les milieux où elles découvrent que la mère est ignorante ou incapable et a besoin de conseils répétés et de surveillance. Là où il y a une consultation de nourrissons, elles y dirigent tous les enfants de 0 à 2 ans. Elles créent des consultations de nourrissons gratuites partout où elle le jugent nécessaire, en obtenant le vote des municipalités, l'adhésion des médecins et le matériel des services de l'Assistance publique pour la surveillance des enfants en nourrice. Elles organisent ces consultations de nourrissons et en assurent le bon fonctionnement, en venant y assister pour faire l'éducation des mères. Elles vont revoir à domicile les enfants que le médecin leur signale.

Dans les campagnes les plus éloignées, elles surveillent la préparation des biberons, la conservation du lait à l'abri des mouches, l'alimentation des enfants.

Elles signalent les mauvaises nourrices et recommandent les bonnes nourrices aux maternités de Paris et au département.

Elles surveillent l'hygiène et la propreté des crèches.

Enquête sur la mortalité infantile : De plus, depuis janvier 1928, elles recherchent dans la circonscription de Fontainebleau les causes *médicales, hygiéniques et sociales* de la mortalité infantile. Après chaque décès

d'enfant de 0 à 1 an, elles font une enquête spéciale détaillée, analogue à celle entreprise en 1927 par la Société des nations pour la recherche des causes de mortalité infantile dans les différents pays d'Europe.

Age préscolaire et âge scolaire: Il n'y a pas de période d'interruption dans la protection de l'enfance, car les infirmières surveillent les garderies et les écoles maternelles où les enfants sont admis dès l'âge de 2 ans, à leur sortie du contrôle des consultations de nourrissons et des crèches.

Les infirmières font voter aux communes le budget nécessaire pour organiser l'inspection médicale des écoles. Elles assistent le médecin inspecteur dans son examen complet de chaque enfant deux fois par an; elles se chargent des pesées, des mensurations, de la mesure de l'acuité visuelle, des exercices au spiromètre, etc., de la conduite de tout enfant suspect à la radioscopie du dispensaire, etc. Entre les deux inspections médicales de l'école, elles surveillent à domicile tous les enfants signalés aux parents par le médecin; elles vérifient le repos et l'alimentation prescrits aux enfants hypotrophiques, aux convalescents et font œuvre d'éducatrices d'hygiène auprès des enfants et de leurs parents.

Elles s'occupent des inscriptions pour les colonies de vacances, du placement des enfants tarés, atteints de troubles orthopédiques ou mentaux.

L'action des infirmières s'adresse à tous les enfants de la ville, car elles ont accès aussi bien dans les écoles libres que dans les écoles laïques.

Adolescents: L'infirmière donne son avis dans l'orientation professionnelle de chaque enfant avant qu'il quitte l'école et le suit dans la voie conseillée.

Elle surveille la santé des pupilles de la nation jusqu'à leur majorité, et les adolescents ajournés au service militaire pour faiblesse de constitution sont remis sous sa surveillance.

Ecritures. — L'infirmière est sa *propre secrétaire* et se charge de la tenue des dossiers, des dispensaires, des démarches de toute sorte, des demandes de secours et de renseignements, de la correspondance avec les médecins et les malades. Elles font les *statistiques* sur la tuber-

culose, la syphilis, les rapports sur les épidémies de rougeole, de diphtérie, sur les décès d'enfants.

Centre de formation. — Comme aucune école ne forme des infirmières capables de réaliser un tel travail de polyvalence, il a été créé à Montereau un centre de formation où les infirmières font un stage avant d'être envoyées dans leur propre secteur. Par ce stage, elles acquièrent de plus l'unité de méthode et d'action.

Coopération. — L'infirmière se maintient en liaison constante avec les médecins, les sages-femmes, les autorités communales, les œuvres privées et publiques. Elle évite toute duplication des efforts et des visites par les réunions et l'entente qui existe dans le détail du travail entre les diverses autres infirmières du département : infirmières des Caisses de compensation, des Croix-Rouges, infirmières bénévoles.

Résumé. — Investie de l'autorité officielle, l'infirmière de Seine-et-Marne a une action polyvalente profonde à la fois sur les individus et sur les collectivités. Elle agit en hygiène sociale comme une éducatrice, une propagandiste et une animatrice de son secteur, sous l'impulsion de l'Office d'hygiène publique de Melun (1).

4° Comités de Patronage des Dispensaires d'Hygiène Sociale

Une organisation départementale d'hygiène sociale doit, pour avoir l'autorité nécessaire, les moyens financiers suffisants, enfin une direction unique, être intégrée dans le cadre des institutions officielles de la Préfecture. Ce principe comporte des avantages capitaux, mais son application révèle certaines lacunes, nous dirons même certains inconvénients, conséquences mêmes de ses avantages.

Le caractère administratif des services d'hygiène soumet son action à des règles rigides qui ne lui permettent pas de s'écarter de la voie tracée par une législation ignorante dans l'ensemble du rôle social que ces services ont à remplir. L'Office départemental d'hygiène lui-même,

(1) Cf. Docteur B. Lamy. Plaquette publiée à l'usage des visiteurs étrangers.

malgré la souplesse élégante que lui donne ses Statuts, ne peut, dans beaucoup de cas, faire preuve d'initiative; il a dès lors été reconnu nécessaire de créer, auprès de chaque dispensaire, des associations en vue d'étudier les cas particuliers, et venir mi-officiellement en aide aux individus et aux familles pour lesquels la machine administrative ne saurait apporter un secours efficace. Des Comités de Patronage se sont ainsi constitués sous forme d'associations prévues par la loi de 1901. Leur bureau est composé de dames patronesses, résidant dans le secteur du dispensaire et choisies parmi celles susceptibles de se consacrer efficacement à l'œuvre. Ni les opinions politiques ni les sentiments religieux n'entrent en ligne de compte dans la sélection de ce noyau.

Les membres du Comité se réunissent aussi souvent que possible, en général une fois par semaine, et reçoivent, au cours de leurs séances et de la part des infirmières visiteuses, les suggestions sur les familles ou individus nécessiteux et dignes d'être secourus; l'enquête sociale est du ressort de l'infirmière seule, les dames du patronage ne se rendant jamais au domicile des secourus (1).

Les Comités de Patronage s'engagent à suivre les directives de l'Office d'Hygiène qui statutairement les contrôle. Ils doivent, au début de chaque année, adresser au Conseil d'administration de l'Office, pour approbation, le compte rendu moral et financier de l'œuvre, durant l'année écoulée, et le projet de budget pour l'exercice à venir.

Un fichier central d'assistance est ouvert dans chaque Comité, afin de permettre d'obtenir de toutes les œuvres charitables et des services officiels l'appui financier maximum. Ce fichier présente un autre avantage important, celui d'éviter le double emploi: grâce à lui, un malade ou une famille ne peuvent se faire secourir simultanément par plusieurs œuvres qui s'ignorent.

Comment et sous quelle forme ces Comités exercent-ils leur action bienfaisante? Le règlement intérieur élaboré par l'Office et commun à tous les Comités permet de répondre à cette question.

(1) Cf. La statistique des Comités (annexe).

Les secours aux tuberculeux doivent réaliser une aide suffisante pour amener la guérison de ceux qui peuvent être sauvés et permettre la préservation de ceux qui sont menacés; le tuberculeux et sa famille plus encore peuvent en bénéficier.

A. — Le secours est accordé au tuberculeux pris en charge et surveillé à son domicile aux seules conditions suivantes :

1° S'il s'agit de tuberculose pulmonaire ouverte, car, ne disposant que de crédits limités, il faut savoir borner son action à la prophylaxie.

2° Le malade peut être éduqué, dirigé; pour ce, il doit se soumettre au contrôle du dispensaire, car donner, quand le but ne peut être atteint, est entraîner le gaspillage.

3° L'hospitalisation a été reconnue nécessaire par le médecin; un secours permettant à un malade sanatoriable de rester chez lui irait à l'encontre du but; aussi le secours n'est accordé qu'aux malades en instance d'hospitalisation, en période de rééducation, au retour du sanatorium, ou naturellement comme aide au placement.

B. — Un secours est réservé à la famille du malade en traitement à l'hôpital ou au sanatorium, et ce secours doit être suffisant et durable, suffisant pour permettre aux membres restants de se passer de leur soutien naturel, et chasser de l'esprit du malade toutes préoccupations qui entraveraient l'heureuse action de sa cure, durable pour obtenir du traitement tout ce qu'on est en droit d'espérer.

Enfin ce secours doit être compris dans le sens le plus large. C'est faire œuvre charitable qu'ouvrir un vestiaire, distribuer des aliments, assainir un logement. Et cette aide momentanée doit être prolongée et complétée par une action à longue échéance: recherche et indication de logements salubres, secours de loyer pour changement d'habitation, offre d'un travail adapté aux capacités physiques des malades et des convalescents, préservation de l'enfance, apprentissage de métiers salubres, orientation vers la vie rurale, etc.

En principe, les dons en espèces doivent être l'exception, et les dons en nature leur être préférés.

Les Comités de patronage apportent leur aide au service médico-social par des visites à l'hôpital ou sur la demande de l'Office par des visites aux malades à domicile, quelquefois par leur concours actif au service du dispensaire; mais ce rôle multiple est et doit être exceptionnel.

Les ressources des Comités de patronage proviennent des cotisations de leurs membres, des dons en espèce ou en nature généreusement consentis par les personnalités, les industriels, les commerçants du secteur; des fêtes (kermesses, représentations, bals, tombolas) viennent apporter un appoint précieux, et les sommes les plus importantes proviennent de la répartition d'un pourcentage considérable (la moitié ou même les deux tiers du bénéfice total) du produit de la vente du timbre antituberculeux, chaque Comité jouant dans sa circonscription le rôle de Comité d'arrondissement lors de la campagne annuelle. Les sommes utilisées chaque année par les Comités de patronage de Seine-et-Marne atteignent le chiffre de 500.000 francs.

CHAPITRE III

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

De toutes les maladies infectieuses et contagieuses, la tuberculose est certainement une des plus graves par ses répercussions sociales et économiques.

Il ne peut être question, dans le cadre précis de cette étude, d'exposer les différentes théories relatives à la transmission et à l'évolution de cette maladie.

Qu'il nous suffise de rappeler ici les quelques principes généraux qui sont à la base de toute action prophylactique antituberculeuse.

La lutte doit être dirigée contre le bacille, par la destruction des expectorations, la suppression ou l'amélioration des taudis, le renforcement du terrain; en un mot par le développement de l'hygiène et du bien-être général (1).

La maladie atteint d'une façon élective le nourrisson et la deuxième enfance, provoquant une primo-infection mortelle ou guérissable.

La diffusion de la maladie est directement proportionnelle à la densité des groupements humains et sa gravité inversement proportionnelle à leur ancienneté.

Enfin de nombreux facteurs favorisant permettent à l'infection tuberculeuse de se développer : cohabitation, vie scolaire, vie militaire, surpeuplement d'agglomérations ou d'habitations, intoxications diverses (alcool), maladies intercurrentes ou chroniques, déficiences alimentaires.

C'est à la lumière de ces notions que se sont élaborées les différentes méthodes de lutte préventive et précisées les règles prophylactiques.

(1) Cf. *Revue de phthisiologie*, août 1932.

L'armement antituberculeux, en France, ne trouva ses bases légales que pendant la guerre.

Avant 1914, nous n'avions, comme arme, que la loi du 15 février 1902 sur la protection de la Santé publique, avec déclaration facultative de la tuberculose et désinfection terminale sur la demande de la famille ou du médecin.

Cependant, un effort avait été fait déjà par la création d'organismes hospitaliers, tels le « Quartier des Tuberculeux », à l'hôpital Laënnec et le dispensaire Léon-Bourgeois. Dans le pays, une ébauche d'organisation s'était estompée. La guerre vint, avec son cortège impressionnant et croissant de tuberculeux, les soldats atteints propageant la maladie à leur retour au foyer.

Le 5 mars 1915, Landouzy jette un cri d'alarme en faveur de ces « blessés de la tuberculose ». Les initiatives privées se multiplient aussitôt et, le 15 avril 1916, est votée la loi sur les dispensaires, suivie de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums et du décret du 10 août 1920 (1).

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose, synthèse vivante des différentes associations nationales, se chargea d'établir un programme d'organisation et d'éducation, dont les Services d'hygiène de Seine-et-Marne n'ont fait qu'adopter et appliquer les directives au département.

Le pivot de la lutte est le dispensaire constitué suivant le modèle créé en 1887 par sir Robert Philips à Edimbourg et en 1901 par Calmette à Lille. Il est chargé « de faire l'éducation antituberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, de faciliter ou d'assurer aux malades par tuberculose l'admission dans les hôpitaux, sanatoriums, maisons de cure ou de convalescence, etc., et, le cas échéant, de mettre à la portée du public des services de désinfection du linge, du matériel, des locaux et des habitations rendus insalubres par les malades ». (Règlement des dispensaires antituberculeux.)

Son installation doit être adaptée à l'importance de la circonscription qu'il a à desservir et aux voies de com-

(1) Professeur L. Bernard: *Organisation de la Lutte antituberculeuse en France.*

munications. Nous ne reviendrons pas sur son organisation matérielle que nous avons étudiée en détail dans un chapitre précédent.

Le département de Seine-et-Marne compte actuellement douze de ces dispensaires, remplissant tous largement leur rôle, grâce à l'équipement moderne dont ils disposent.

Le dispensaire est dirigé par un médecin spécialisé en tuberculose et familiarisé avec la pratique médico-sociale de la lutte antituberculeuse, assisté d'une ou plusieurs infirmières visiteuses, suivant l'importance de la circonscription. Nous avons vu déjà les raisons qui, en Seine-et-Marne, département rural, ont fait adopter le rôle de l'inspecteur départemental adjoint comme phtisiologue, et la « plurivalence » des infirmières.

La clientèle des dispensaires est d'origine variée. Ce sont d'abord des malades venus d'eux-mêmes et dont le nombre tend à augmenter parallèlement à l'éducation de la population; ensuite les malades plus ou moins améliorés, sortis des préventoriums ou sanatoriums, qui restent sous la surveillance du dispensaire.

Les médecins praticiens, conscients de l'importance de leur collaboration et des avantages offerts par ces organismes, y envoient leurs propres malades, les accompagnent eux-mêmes, obtiennent ainsi un complément précieux d'information médicale; ils signalent à l'infirmière visiteuse les malades alités qui deviennent les bénéficiaires des services de prophylaxie et d'assistance du dispensaire.

Par ailleurs, chaque fois qu'un consultant, venu spontanément, est reconnu malade ou simplement suspect, le médecin du dispensaire l'engage à choisir un médecin traitant avec lequel il se mettra en relation. En Seine-et-Marne, pour simplifier le travail, les services font usage d'un modèle de lettre imprimé d'avance, où sont consignés rapidement les renseignements concernant les examens cliniques, radioscopiques et bactériologiques.

Un troisième groupe de malades est amené au dispensaire par l'infirmière visiteuse. Celle-ci, nous ne saurions trop le répéter, fait rayonner l'influence de cet organisme dans les plus petits hameaux de la circonscription; elle pénètre dans les familles, recherche les touseurs, prodigue des conseils prophylactiques, éduque et attire au cen-

tre de dépistage toute personne suspecte pour son entourage. Assistante du médecin inspecteur des écoles, elle repère les chétifs, les débiles, les scrofuleux, et vérifie dans les familles les sources possibles de contagé.

Au dispensaire échoit le rôle de surveillance des réformés pour tuberculose à 100 % avec indemnités de soins, ceci au cours d'examens trimestriels obligatoires; un bulletin-rapport est envoyé à la Préfecture après chaque visite.

Il serait souhaitable que ce système de protection antituberculeuse fût renforcé d'ententes avec les mutualités, l'armée, et du Contrôle médical postscolaire.

La collaboration entre les dispensaires antituberculeux et le service de Santé militaire tend à s'esquisser et même à prendre corps. Le Service de Santé peut en effet jouer un rôle prédominant dans la lutte envisagée, et les fléaux sociaux en général. A un âge fixe de la vie, il dresse le bilan de toute la jeunesse masculine. d'abord au Conseil de revision, puis au moment de l'incorporation. Au Conseil de revision, le triage est assez superficiel; la salle et son ambiance, la rapidité des examens ne remplissent pas. d'une façon heureuse, les conditions optima pour le dépistage de formes occultes, de séquelles de pleurésie. L'examen médical à l'incorporation, pratiqué dans un cadre choisi, apporte une riche documentation sur l'état de santé de la jeune recrue : il s'agit là d'examens cliniques sérieux, avec souvent radiographie et consultations de spécialistes.

Ingénieux serait, comme on le préconise, l'établissement d'un livret sanitaire individuel, où le « *curriculum vitae* pathologique » de chaque sujet serait établi de la naissance à l'âge de la conscription. Ce serait pour la Commission médicale du Conseil de revision et le médecin militaire un document des plus précieux pour la mise en œuvre d'une sélection parfaite.

Les infirmières visiteuses, en compulsant leurs fiches médicales et familiales, pourraient convoquer au dispensaire les appelés de l'année qui, pour une raison quelconque, y ont été examinés ou font partie d'une famille suspecte.

Le médecin chef du dispensaire, fort des constatations médicales antérieures, compléterait son examen et

adresserait sous pli cacheté, au bureau militaire de la Préfecture, un dossier médical détaillé.

C'est ce dossier-certificat qui serait présenté au moment du Conseil de revision.

De plus, les médecins inspecteurs d'hygiène, chargés du service des dispensaires, devraient, dans leurs circonscriptions, collaborer aux examens des Conseils de revision.

Cette méthode est appliquée en Seine-et-Marne et rend des services signalés. En 1932, 80 dossiers furent envoyés à la Préfecture par les soins des divers dispensaires du département; seize cas étaient fortement suspects et ont été l'objet d'un ajournement ou d'une réforme temporaire. De plus, ce dossier émanant du dispensaire peut servir de pièce originale dans une demande de pension. L'établissement de ce document prend ainsi une importance particulière, depuis la promulgation de la nouvelle loi du 25 février 1933, supprimant la présomption d'origine.

En retour de cette collaboration, le Service de Santé signalerait aux dispensaires les militaires suspects, malades ou réformés rendus à la vie civile. La barrière prophylactique serait ainsi plus puissante, plus continue.

La consultation du dispensaire est préparée par l'infirmière visiteuse, secrétaire du médecin; une fiche sociale sur la situation du consultant, l'ambiance familiale et morale, est établie. Par l'intermédiaire du fichier central, des registres administratifs et de liaison avec les autres dispensaires sont tenus à jour.

Le médecin, à la lumière de ces premières données et avec le matériel dont il dispose, pose un diagnostic et un pronostic. Les résultats de ce premier examen clinique, radiologique, bactériologique sont consignés sur des fiches de couleur différente dans des pochettes standard, fournies par le Comité National de défense contre la Tuberculose. Suivant l'état du malade, diverses mesures sont envisagées. Il peut s'agir de malades en pleine évolution, de malades contaminés, mais n'expectorant pas, ou de malades convalescents ou peu touchés (osseux, par exemple).

Si, dans l'entourage familial, il n'y a pas d'enfant directement menacé de contagion, le malade pourra être

laissé en cure libre, sous le contrôle de l'infirmière visiteuse; si, par contre, des enfants se trouvent en contact, ou si une habitation insalubre et la situation matérielle ne permettent pas les bienfaits de la cure libre, le médecin propose alors à l'Office le placement du malade et l'infirmière fait les démarches auprès des communes ou demande un secours au Comité de Patronage local.

Il peut être très difficile et onéreux à un département rural, à budget limité, de consentir l'effort financier nécessaire à la construction et à l'entretien d'un sanatorium départemental, suivant la lettre de la loi Honnorat du 7 septembre 1919.

L'Office d'hygiène de Seine-et-Marne a trouvé un moyen terme en encourageant la construction de bâtiments spéciaux annexés à un hôpital de circonscription; ainsi quatre pavillons d'isolement pour tuberculeux pulmonaires fonctionnent actuellement à Lagny, Coulommiers, Fontainebleau et Nemours; des projets en ce sens sont en voie de réalisation à Meaux, Brie-Comte-Robert, Melun, dotant l'armement antituberculeux du département d'un nombre important de lits. Ces pavillons, petits hôpitaux sanatoriums en miniature, dont celui de Melun est un modèle du genre, reçoivent les malades trop atteints pour être acceptés en cure sanatoriale pure et les malades en instance de placement.

Enfin, l'Office d'hygiène s'est assuré par contrat avec plusieurs sanatoriums étrangers ou non au département un certain nombre de lits pour ses malades. Suivant cette heureuse formule, le placement des malades peut se faire dans des régions, des climats, des altitudes différents; l'Office d'hygiène dispose ainsi d'une centaine de lits auxquels viennent s'ajouter ceux des pavillons d'isolement. Ce n'est certes pas suffisant, mais des projets en cours viendront améliorer cette déficience et satisfaire tous les besoins (Assurances sociales).

Toute prophylaxie rationnelle doit tendre à la préservation de l'enfance.

En dehors de la vaccination préventive du nourrisson par le B. C. G., en faveur duquel une propagande active est menée, une protection spéciale, dès la naissance, de l'enfant issu de mère tuberculeuse, est réalisée par le placement familial, dont « l'Œuvre du placement

familial des Tout-petits », créée par Mme Arnold Seligmann à l'instigation de MM. le Professeur L. Bernard et le Docteur Robert Debré, en est l'incarnation la plus parfaite. Nous avons eu l'occasion de visiter et d'admirer le fonctionnement de l'œuvre dans différents centres de Sologne.

Sans doute le département rural présente de grandes ressources pour une telle réalisation, mais cette dernière reste délicate; elle exige une organisation coûteuse, ne souffrant pas la médiocrité, sous la surveillance d'infirmières et le contrôle d'un médecin au sein de familles saines habituées à élever les enfants.

Le département de Seine-et-Marne préféra passer un contrat avec M^{me} A. Sussmann, présidente actuelle de l'œuvre de Paris: les enfants de 0 à 2 ans, désignés par les services d'hygiène, sont isolés à Fontainebleau dans un local approprié de la Maternité. Mis en observation durant vingt et un jours et examinés obligatoirement par un médecin agréé par l'œuvre, ils attendent là leur admission définitive, en évitant ainsi toute propagation d'épidémie.

A partir de 2 ans, les enfants relèvent de l'Œuvre Grancher, dont une filiale a été créée en Seine-et-Marne, filiale constituée par toutes les présidentes et vice-présidentes des Comités de patronage. Le placement, dans des familles de paysans sains, sous la surveillance de médecins et d'infirmières, fonctionne comme l'Œuvre des Tout-Petits; de structure moins délicate cependant, il peut être organisé dans un département rural, mais il est préférable, si possible, de s'entendre avec des organisations similaires qui ont déjà fait leur preuve.

Il faut mentionner, à côté des centres de placement familial, pas toujours réalisables, les établissements de placement collectif, qui s'adressent eux aussi aux jeunes sujets exposés au contag.

En Seine-et-Marne, un asile préventorium a été édifié dans le domaine de la Bretonnière; il compte 30 lits d'enfants des deux sexes de 2 à 5 ans. La direction en est confiée à une infirmière visiteuse de l'Office, qui peut continuer, dans les communes limitrophes de l'œuvre, son rôle de dépistage et de prophylaxie; l'« Aide au Nourrisson », œuvre parisienne, installée dans le voisina-

ge de Boissy-le-Châtel, reçoit la surveillance de deux de ses infirmières et peut en échange donner à ses petits pensionnaires un abri transitoire avant de les rendre à leurs familles.

L'Office d'hygiène a passé enfin des ententes avec des centres marins, montagnards ou thermaux...

Ces moyens de prévention constituent un enchaînement harmonieux, complétés qu'ils sont par une propagande active, et la lutte contre les facteurs sociaux, dont le rôle est des plus actifs dans la pathogénie de la tuberculose : cohabitation, logements insalubres, alcoolisme, sous-alimentation, etc... Ainsi, à tous les instants de son ministère, l'infirmière visiteuse essaime à domicile, dans la famille, dans les communes, les grands principes d'hygiène générale. Le but visé n'est plus le malade, mais le foyer contaminé.

L'entourage du malade devient l'objet d'un contrôle clinique et prophylactique ininterrompu ; les exemples abondent où de véritables nids de tuberculose ignorée, frappant toute une famille, ont été découverts grâce au Service social, plaque tournante de tout l'armement anti-tuberculeux.

A titre documentaire, nous donnons quelques chiffres qui illustrent l'activité des dispensaires de Seine-et-Marne en 1932 : 1.090 séances avec 17.028 consultations données. 7.364 examens radiologiques sont pratiqués. Les infirmières visiteuses ont fait 15.492 visites au domicile de tuberculeux ; 526 sujets ont profité de placements dont 354 enfants ; 1.615 vaccinations au B. C. G. ont été faites. Ce dernier chiffre devrait être rectifié, car toute la partie Nord et surtout Nord-Ouest du département adresse directement ses demandes à l'Institut Pasteur, sans que l'Office en ait connaissance.

ANNÉES	STATISTIQUE DES DISPENSAIRES										RADIOSCOPIES	VISITES		
	CONSULTATIONS		INSCRITS au premier jour de l'année		NOUVEAUX INSCRITS de l'année		CONSULTANTS restant inscrits au dernier jour de l'année							
							TOTAL		Tuberculeux				TOTAL	
	Nombre de séances de consultations	Nombre de consultations données	TOTAL	Tuberculeux	TOTAL	Tuberculeux	TOTAL	Tuberculeux						
1923.....	213	4.212	205	63	342	448	362	141	»	77	1	2.423		
1924.....	274	4.628	316	141	445	242	524	232	90	120	13	2.625		
1925.....	256	4.556	524	232	436	194	784	368	143	175	58	2.809		
1926.....	319	2.679	755	187	992	333	1.062	425	80	131	274	3.531		
1927.....	458	5.400	1.062	425	1.492	270	1.622	672	322	628	1.673	4.227		
1928.....	762	8.336	1.622	672	2.339	619	2.605	892	409	893	3.435	8.134		
1929.....	836	10.406	2.865	892	3.006	517	3.855	1.067	432	1.706	4.232	8.220		
1930.....	858	11.337	3.855	1.142	3.158	725	4.394	1.383	617	1.614	4.917	12.136		
1931.....	906	10.710	4.394	1.383	4.505	864	6.242	1.914	686	2.222	6.219	12.488		
1932.....	1.090	17.028	6.242	1.914	3.925	794	7.983	2.256	1.072	2.906	7.364	15.492		

CHAPITRE IV

LA SYPHILIS ET LES MALADIES VENERIENNES

La syphilis et les maladies vénériennes constituent un fléau aussi redoutable que la tuberculose pour la race française. La statistique exacte de la morbidité et de la mortalité par cette affection est assez difficile à établir par suite de formes cliniques diverses, du masque que peut revêtir la maladie. Des spécialistes attribuent à la syphilis 40.000 décès par an; l'Office National d'Hygiène sociale fixe ce chiffre à 150.000, c'est-à-dire en dix ans à autant de victimes que durant la dernière guerre.

En Seine-et-Marne, nous ne possédons aucun renseignement précis sur la morbidité et mortalité par syphilis; mais des recherches systématiques pratiquées lors d'entrées de malades dans les hôpitaux semblent relever la fréquence assez grande de cette maladie.

En plus des tares organiques qu'elle provoque, la syphilis est le facteur primordial des avortements soi-disant naturels, de la mortinatalité et de la débilité congénitale; les enfants qui vivent sont imprégnés d'hérédosyphilis, et s'ils ne sont tués dans le jeune âge, gardent toute leur vie les stigmates indélébiles de cette affection, pour les transmettre même aux générations successives. La syphilis, éminemment contagieuse, est d'autant plus dangereuse qu'elle est fréquemment ignorée. Les syphiligraphes estiment que 20 % des cas sont méconnus chez l'homme, 40 % chez la femme, 34 % chez l'hérédosyphilitique.

La syphilis coûte annuellement à la France plusieurs milliards de francs: budget officiel pour la lutte contre le mal vénérien, frais d'assistance, hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, prisons, frais médicaux et pharmaceu-

tiques, pertes en capital humain dues aux décès, diminution des journées de travail et du rendement individuel (1)...

Si la syphilis, « reine des grandes villes », a une prédilection marquée pour les agglomérations où le brassage humain est le plus dense, il faut reconnaître qu'elle n'épargne pas les campagnes et que les conditions de la vie moderne aident à l'essaimage du fléau sur le territoire entier.

Dans certains départements, en raison de l'importance de centres industriels nombreux, de la présence de Facultés de Médecine, la lutte antivénérienne a pu être menée parallèlement à la lutte antituberculeuse, avec des dispensaires et un personnel choisi.

En Seine-et-Marne, département rural, eu égard aux raisons pratiques et économiques relatées plus haut, l'armement antivénérien se superpose aux organismes antituberculeux déjà existants, sous l'autorité unique du directeur de l'Office d'hygiène. Chaque service a un rôle bien défini. Les services centraux s'occupent de l'éducation et de la propagande auprès du corps médical, du service de santé, du corps enseignant, de la presse, du grand public, par tracts, articles de journaux, conférences et même projections cinématographiques.

De même, ce sont les services centraux qui sont chargés de la coordination et de la liaison entre les différents dispensaires et les organismes similaires des départements voisins. C'est là que le laboratoire se charge des examens de sang, de mucosités ou de produits pathologiques divers, suivant les techniques modernes (Hecht, Wassermann, Vernes...). Deux laboratoires secondaires, en liaison avec le laboratoire central, fonctionnent. l'un à l'hôpital de Fontainebleau sous la direction du Docteur Cordey, l'autre à Morét sous la haute autorité du Docteur Vernes de l'Institut prophylactique de Paris.

Enfin, au Service central échoit le rôle administratif : réglementation et contrôle de la prostitution...

Cette action se poursuit « sur le terrain », grâce à des organismes périphériques, chargés de la défense con-

(1) Cf. *Cours d'hygiène*, Professeur L. Bernard, Professeur Gougerot.

tre le contag, le traitement des syphilitiques et hérédo-syphilitiques, plus particulièrement des malades contagieux, socialement dangereux.

Trois organismes sont à la base de l'armement antivénérien : le dispensaire, le service social, le service rural au cabinet du médecin.

Le dispensaire, pour rester dans le cadre général d'unité, utilise les mêmes locaux que pour la lutte antituberculeuse; l'équipement matériel comprend une table d'examen et de traitement, des spéculums, des seringues à injections et des aiguilles pour prises de sang.

Les heures de consultations sont fixées ordinairement l'après-midi, après 17 h. 30, pour faciliter leur fréquentation par la population laborieuse; elles se renouvellent plusieurs fois par semaine. Les médecins chargés d'en assurer le service sont nommés par arrêté préfectoral, après approbation ministérielle; ils sont le plus souvent choisis parmi les praticiens locaux, les plus qualifiés eu égard à leurs titres, leurs fonctions ou leur spécialisation; ils sont payés directement par l'Office qui, lui, est remboursé en partie de ses dépenses par les soins du Service de prophylaxie du Ministère de la Santé Publique; ils sont de plus chargés des consultations prénatales et du dépistage de la syphilis chez la femme enceinte. Au cours de la campagne de 1932 en Seine-et-Marne, dix dispensaires ont été ouverts au public, 5.816 consultations données, 1.852 prises de sang effectuées et 5.064 injections pratiquées.

Parallèlement au dispensaire, joue le Service social, représenté par l'infirmière visiteuse, véritable cheville ouvrière de tout l'armement antivénérien. Collaboratrice directe du médecin au dispensaire, comme dans la lutte antituberculeuse, elle interroge les consultants, recherche les sources de contagion, établit les fiches, veille à la régularité du traitement, si important pour la consolidation du malade, convoque les négligents; elle tient à jour le fichier, en liaison étroite avec les services centraux. Dans sa circonscription, sa propagande zélée fait rayonner l'action bienfaisante du dispensaire; « plurivalente », elle n'éveille jamais la susceptibilité de l'entourage, ne viole en rien par sa présence le secret professionnel et

n'est jamais la cause de ces drames familiaux si fréquents par ailleurs.

Il est nécessaire de préciser une fois de plus la supériorité en milieu rural de cette conception sur celle de l'infirmière visiteuse monovalente. Si, en ville, l'assistante sociale, spécialisée en syphilis, peut remplir utilement son rôle avec discrétion, peut passer inaperçue dans ses visites à domicile, au village l'arrivée de l'infirmière est aussitôt remarquée et commentée.

Instruite et cultivée, elle essaye avec tact de dépister l'hérédo-syphilis chez l'enfant ; elle conseille aux femmes enceintes les consultations prénatales, recherche la possibilité d'une syphilis ignorée, tout en remplissant son rôle prophylactique général et en aidant à l'éducation de la famille.

Mais une catégorie assez importante de malades ne veut ou ne peut venir facilement au dispensaire. D'autres, trop éloignés, reculent devant des déplacements onéreux ; d'autres, s'ils ont le désir de se soigner, n'osent venir à des consultations publiques ; enfin certains, sans être nécessiteux, ne peuvent faire les frais d'un traitement complet médical et pharmaceutique.

Il fallait donc concevoir une organisation spéciale permettant d'assurer discrètement le traitement de tous les malades : c'est le rôle du Service rural au cabinet du médecin.

Nous ne nous étendrons pas sur le fonctionnement de ce service, réglé qu'il est par des instructions ministérielles ; qu'il nous suffise de rappeler que tous les médecins du département sont munis d'un carnet à souches, sur lequel ils inscrivent les actes médicaux accomplis et dont ils envoient les coupons à l'inspecteur départemental pour recevoir les médicaments et les honoraires de leurs interventions ; ils restent seuls juges de la situation matérielle du malade et de la nécessité d'un traitement gratuit. La rémunération a lieu suivant le tarif de l'Assistance médicale gratuite. A titre documentaire nous donnons en annexe le texte du règlement du service rural. En 1932, 41 médecins ont assuré le service rural, donnant 4.981 consultations avec 4.536 injections.

Cette campagne contre le péril vénérien est complétée par le dépistage de l'hérédo-syphilis. L'examen séro-

logique systématique de toute femme enceinte est pratiqué dans les consultations prénatales de nourrissons, dans les services de maternité et les hôpitaux.

Une entente avec l'administration pénitentiaire permet le fonctionnement d'un service antivénérien à la maison centrale de Melun et dans toutes les maisons d'arrêt du département. Il va sans dire que le directeur des Services d'hygiène a le contrôle d'inspection des maisons closes du département où, d'accord avec le commissaire de police local, il applique à la lettre les circulaires ministérielles en confiant à des médecins praticiens un service de visites médicales trihebdomadaires. De plus les pensionnaires peuvent suivre leur traitement d'entretien au dispensaire.

La lutte contre les maladies vénériennes n'a pas seulement comme résultat immédiat la diminution du nombre des malades dans telle ou telle région, mais, entreprise avec ténacité sur une grande échelle, elle contribue à l'amélioration de la race et à la protection de l'enfance.

CHAPITRE V

LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Le problème de la protection sociale de l'enfance fut envisagé depuis longtemps, mais il ne s'agissait alors que d'initiatives privées, modestes et sans suite. En France, il faut attendre jusqu'en 1874 pour trouver trace dans la législation, grâce à Théophile Roussel, de dispositions tendant à la protection des enfants du premier âge. Plus tard, on s'occupa de la future mère: la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite contient un paragraphe spécial concernant les femmes en couches; la loi Strauss, en 1913, prévoit, pour la femme enceinte qui travaille, un repos de six semaines avant l'accouchement et de six semaines après; enfin, plus près de nous, les Assurances sociales renforcent la législation antérieure et établissent les conditions d'indemnisation.

Mais encore rien n'était fait pour essayer d'enrayer la mortalité infantile, lutter contre la maladie, sauver les enfants à naître, assurer leur développement normal.

Pour lutter contre une natalité toujours fléchissante, une campagne nationale en faveur de l'augmentation des naissances et des familles nombreuses était légitime, mais insuffisante; il fallait sauver encore ce qui pouvait être sauvé.

Or il meurt actuellement en France 70.000 enfants de moins de 1 an qui, ajoutés aux 30.000 à 50.000 morts-nés, donnent un total de 100.000 à 150.000 enfants par an, chiffre vraiment trop élevé, qu'une bonne organisation de protection peut diminuer dans de notables proportions, comme le prouve l'effort accompli dans certains pays: Angleterre, Suisse, par exemple.

En Seine-et-Marne, cette mortalité a fait, en 1926, plus de victimes que la tuberculose et si elle a légèrement

régressé, il n'en reste pas moins vrai que son taux est encore supérieur d'un point au taux moyen de la France. C'est un important problème attire l'attention des collectivités et de particuliers généreux, de l'Office d'hygiène qui assure ensuite la liaison de toutes ces initiatives. « Parmi les activités fécondes qui s'offrent à l'Office (en dehors de l'influence des dispensaires), dit M. Georges Garipuy, il n'en est pas qui donnent des résultats plus rapidement tangibles, qui « paient » mieux, qui suscitent plus l'enthousiasme populaire et l'adhésion des Pouvoirs publics ou des œuvres privées que la Protection de l'Enfance. »

Les causes de la mortalité infantile sont nombreuses, les unes sont difficilement évitables : chez la mère, affections chroniques ou organiques, cardiopathies, néphrites, maladies aiguës, qui se déclarent ou se révèlent, en cours de grossesse ; chez les petits enfants, affections aiguës ou malformations congénitales.

Mais, à côté de ces facteurs, il existe toute une série de causes parfaitement évitables par une prophylaxie bien organisée.

C'est la syphilis qui atteint les procréateurs et surtout la mère en gestation, grande pourvoyeuse d'avortements, de tares et de misères physiologiques ; c'est la tuberculose qui tue la mère et l'enfant avant la naissance.

Pendant la gestation, ce sont les syndromes albuminuriques, l'éclampsie, les dystocies mécaniques, les présentations vicieuses, la fatigue, le surmenage et la sous-alimentation des mères.

Chez le petit enfant, ce sont la prématuration, l'hérédosyphilis, le péril alimentaire, le péril infectieux.

Le simple énoncé de ces diverses causes implique déjà l'ensemble des mesures à prendre, qui ne se limitent pas seulement à l'enfance, mais doivent aller de la conception à l'âge de la production.

La protection des procréateurs est en partie réalisée par l'organisation de la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes ; il importe de montrer au grand public, par la propagande, le danger des intoxications, en particulier de l'alcoolisme, d'amener, par une éducation sexuelle prudente, les parents à consulter, avant même le mariage, soit le dispensaire, soit le médecin de

famille. D'utiles conseils pourront ainsi être donnés, de nombreuses tares dépistées et traitées et, ainsi, d'heureux résultats pourront-ils être obtenus avant même que soit rendu obligatoire le certificat prénuptial.

La période de gestation est caractérisée par un déchet important; la proportion des morts-nés dépasse en effet le tiers des enfants décédés au cours de la première année; elle est en France de 30.000 à 50.000. Dans le département de Seine-et-Marne, deux cents à deux cent quarante promesses d'existences humaines sont ainsi annihilées par la mort. Ainsi, dès le début, l'Office organisa des consultations prénatales dans chaque dispensaire, en même temps que les consultations antituberculeuses et antivénériennes.

Un examen complet y est fait et systématiquement on pratique un prélèvement d'urine pour la recherche de l'albumine, une prise de tension pour en déceler la moindre élévation et une prise de sang, envoyée au laboratoire de Melun, pour recherche sérologique. Les mêmes opérations sont faites dans les hôpitaux et les maternités. Ainsi est-il possible de prévenir, par un régime décidé à temps, les accidents albuminuriques, prodromes d'éclampsie, causes d'accidents graves dans les trois quarts des cas; de lutter précocement contre une syphilis ignorée ou toute autre affection vénérienne, de remédier à une présentation vicieuse, danger de dystocie. La future maman présente-t-elle une tumeur, un rétrécissement du bassin? Prévenu, on pourra la diriger à temps vers un centre chirurgical. Une tuberculose s'est-elle révélée à cette occasion? On pourra en modifier l'évolution par un pneumothorax précoce; à sa naissance préserver son enfant par le B. C. G. et le placement familial.

Durant l'année 1932, 1.049 consultations ont été données, au cours desquelles 709 traitements ont été appliqués (injections d'arséno-benzène et de sels de bismuth et de préparations mercurielles).

Dans ce domaine, l'infirmière visiteuse a un rôle complexe. Elle recherche l'existence des femmes enceintes, les éduque, les conseille, les conduit au dispensaire ou vers leur médecin; elle leur apprend les notions élémentaires d'hygiène générale et locale, de puériculture,

De plus, grâce à la législation actuelle, la femme enceinte salariée peut suspendre tout travail pour se reposer et se préparer à l'accouchement dans les meilleures conditions morales et matérielles.

Le nourrisson et l'enfant du premier âge sont l'objet d'une sollicitude particulière. Époque d'extrême fragilité, le nourrisson est à la merci d'un rien, surtout s'il est débile, taré, hérédosyphilitique.

Les différentes enquêtes chargées d'établir les causes de mortalité à cette époque ont montré qu'en dehors de la tuberculose et de la syphilis, il fallait incriminer la prématuration et les troubles digestifs, conséquence d'une mauvaise alimentation ou de l'allaitement artificiel.

Pour Marfan, il faut rapporter 25 % des décès de cette période à la débilité congénitale, 25 % à la syphilis, 25 % aux troubles digestifs et 25 % aux infections variées, en particulier aux infections pulmonaires.

Les consultations de nourrissons sont les organismes chargés de prévoir, d'éviter ces causes ; elles ont été multipliées sur toute l'étendue du département, dans toutes les communes possédant au minimum 10 hébés de 0 à 2 ans. Les conditions de leur organisation et de leur fonctionnement ont été réunies dans un règlement départemental respectant les initiatives municipales ou privées, mais coordonnant les efforts pour réaliser l'unité de méthode et d'action, garante des résultats féconds.

Le service médical est assuré par des médecins praticiens nommés par le Préfet et qui sont en principe des médecins de la protection de la première enfance (surveillance des enfants placés en nourrice: loi Roussel, 1874).

Dans ces consultations, les tares sont dépistées et traitées, les erreurs de régime corrigées. Les enfants nés de mères tuberculeuses sont confiés à l'Œuvre des Tout-Petits, ou à une Œuvre Grancher; des démonstrations de puériculture et de préparation de biberons y sont faites. Le nombre des présences à ces consultations a été, en 1932, de 13.686; le nombre des décès a été de 76 pour 1.839 enfants présentés. Les infirmières visiteuses suivent dans la famille les enfants qu'elles ont vus à la consul-

(1) Cf. Règlement départemental, en annexe.

tation; là, elles surveillent si les prescriptions sont bien suivies, relèvent avec tact une erreur, alertent le médecin en cas de maladie, signalent les mères nécessiteuses. Au cours de 1932, les 26 infirmières du département de Seine-et-Marne ont fait 5.086 visites au domicile de nourrissons.

Pour réaliser au maximum l'action bienfaisante de consultations de nourrissons et du premier âge, une entente a été réalisée entre les services d'hygiène et l'Assistance publique, dirigée dans le département par le Docteur Faure, qui a la charge des enfants assistés et en nourrice, tâche importante et utile dans un département proche de la capitale et de la Seine et qui donne asile à de nombreux enfants des départements voisins.

Nous signalerons, pour terminer, l'initiative heureuse créée par la maison maternelle de Crégy-les-Meaux. Située dans la commune de Crégy, près de Meaux, elle a pour but d'assurer le repos et des soins spéciaux aux femmes privées de ressources, soit avant, soit après leur accouchement, et qui allaitent leurs enfants. L'établissement peut recevoir 20 mères et leurs enfants, avec tout le confort moderne et dans les meilleures conditions d'hygiène. Le personnel comprend un directeur-économe, deux infirmières et un ménage jardinier-concierge; le service médical est assuré par un médecin de Meaux. Nous venons de parcourir rapidement quels sont, dans le département de Seine-et-Marne, les différents organismes chargés d'assurer la protection de l'enfant avant même sa naissance et pendant les premiers mois de sa vie. Ensuite, il n'est pas abandonné; il reste sous la surveillance de l'infirmière visiteuse. Puis vient l'âge scolaire pendant lequel il sera l'objet de la sollicitude d'un nouvel organisme: l'inspection médicale scolaire.

CHAPITRE VI

L'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE

Pendant l'âge scolaire, la santé de l'enfant ne constitue pas le principal souci de l'éducateur et même des parents; ce qui importe surtout, ce sont les succès scolaires, les perspectives d'un bel avenir. Et pourtant combien d'insuccès, de découragements, dus beaucoup moins à un enseignement déficient qu'à de petites infériorités physiques, à des troubles de l'acuité auditive ou visuelle! Ces troubles, minimes d'abord et particulièrement curables, ont souvent, par absence de surveillance médicale, des effets fâcheux sur l'instruction et la santé générale. Peu importent diplômes et certificats, si, diminué par une santé compromise ou une déficience organique acquise, on ne peut remplir la fonction rêvée! L'hygiène scolaire est une nécessité et un auxiliaire précieux de l'instruction.

En France, aucun effort légal n'a été entrepris pour compléter heureusement les lois du 30 octobre 1886 et du 15 février 1902. De nombreux projets de protection de l'écolier ont été soumis à la ratification des Chambres, mais rien de définitif n'est encore réalisé et l'organisation de l'inspection médicale des écoles est laissée aux initiatives privées.

La population scolaire des villes profite rapidement de l'activité d'œuvres privées; dans les campagnes, la multiplicité des écoles, le peu d'importance de groupements scolaires en ont souvent retardé la réalisation.

Une circulaire ministérielle en date du 8 mars 1924 insiste sur la nécessité de cet organisme et donne ainsi un encouragement aux collectivités municipales et départementales qui l'ont déjà institué.

A ce moment, en Seine-et-Marne, il n'existe pour ainsi dire rien; deux villes seulement, Nemours et Montereau, ont organisé depuis peu un service d'inspection et de soins dentaires. L'Office d'hygiène, sous l'impulsion d'un préfet social et de son actif secrétaire, décide l'organisation de cette inspection dans tout le département, d'accord avec les représentants du Conseil général, des municipalités, du corps médical, du corps enseignant, primaire et technique. Les modalités de fonctionnement en ont été arrêtées dans un règlement départemental que nous reproduisons en annexe.

Cette institution, telle qu'elle est comprise, répond bien au principe d'unité de direction, préconisé dans l'organisation des Services d'hygiène départementaux. De plus, son fonctionnement, s'appuyant sur les dispensaires, remplit les meilleures conditions d'efficacité, évitant ainsi de limiter son activité au simple catalogage des fiches médicales.

Le service médical est confié à des médecins praticiens, nommés par le maire après agrément du Préfet. Au cas où le service d'inspection ne peut être assuré par un médecin praticien, c'est un médecin inspecteur-adjoint qui remplit la fonction. Ils sont toujours assistés d'une infirmière visiteuse de la circonscription. Cette formule permet de multiplier les séances dans un plus grand nombre de communes avec le minimum de frais. En effet, on estime qu'un médecin ne peut examiner, au moins pour la première fois, qu'une soixantaine d'élèves par jour, c'est-à-dire, en tenant compte des jours de congé et des périodes de vacances, 7.000 à 8.000 enfants par an environ. Or la population scolaire représente en moyenne le dixième de la population totale, ce qui fait, pour le département de Seine-et-Marne, qui compte 400.000 habitants, 40.000 enfants environ. L'inspection de ces enfants nécessiterait au moins six médecins spécialistes, ce qui est matériellement impossible pour un département rural.

L'objet de l'inspection médicale des écoles est la surveillance médicale de l'écolier sain, le dépistage des suspects, la protection de la collectivité scolaire contre les maladies contagieuses et plus particulièrement contre la tuberculose, la surveillance des locaux, de la cantine scolaire, quand elle existe.

Les visites ont lieu au moins deux fois dans l'année, la première dès le mois d'octobre, à la rentrée des classes, la deuxième au cours de l'année. Le médecin y revoit les enfants dont la santé nécessite un examen plus approfondi et une surveillance plus serrée. Avant l'inspection, un questionnaire est envoyé aux parents des nouveaux venus. Les renseignements demandés portent sur les différents événements de la vie des enfants, sur les antécédents directs ou collatéraux, les vaccinations pratiquées; grâce à ces données, les enfants ne sont plus des inconnus.

L'infirmière visiteuse organise et prépare la séance d'inspection. Quelques jours avant la date fixée, elle procède au travail préparatoire: prise du poids, de la taille, du périmètre thoracique, mesure de l'acuité visuelle et auditive de chaque élève. Ces renseignements sont inscrits sur une fiche spéciale de mensuration. Le médecin inspecteur pratique un examen complet des nouveaux venus; il passe en revue l'état de la peau, du squelette, du système lymphatique, du cœur et des poumons, des trajets herniaires; il s'inquiète de la propreté générale du corps, de l'absence de dermatoses; il dépiste toute maladie contagieuse ignorée et les porteurs de germes qui pourraient être un danger pour le reste de la collectivité scolaire.

Ce premier examen permet de classer les élèves en deux groupes : ceux qui sont sains et qu'il suffira de surveiller à l'aide des renseignements fournis par l'instituteur; et ceux qui sont suspects, malingres, présentant une affection organique et qu'il faudra suivre d'une façon plus attentive lors du deuxième examen.

Les constatations et remarques du médecin sont notées par l'infirmière visiteuse sur la fiche médicale. Les enfants suspects sont convoqués au dispensaire voisin, par les soins de l'infirmière; là sont pratiqués une cutiréaction, une radioscopie, des examens divers de laboratoire. Certains élèves sont envoyés à un spécialiste otorhino-laryngologiste, ophtalmologiste, chirurgien-dentiste. Leurs familles sont invitées à les confier à un médecin de leur choix, qui pourra demander communication de la fiche sanitaire sous pli cacheté. Suivant le cas, des placements dans des colonies de vacances, écoles en plein

air, préventoriuns, stations maritimes ou de montagne, pourront être proposés par l'intermédiaire de l'Office d'hygiène.

Enfin le médecin termine son inspection par le contrôle de la propreté des lieux, de l'état du mobilier, qui doit être conforme aux instructions académiques, du cubage d'air, de l'éclairage naturel et artificiel, enfin du mode de chauffage.

L'infirmière visiteuse complète et continue l'action du médecin inspecteur. Elle se rend dans les familles où elle porte elle-même l'avis du médecin, provoque les soins du médecin de famille, s'inquiète des absences et en recherche la cause.

ANNÉES	INSPECTION MÉDICALE SCOLAIRE		VACCINATIONS A L'ANATOXINE	
	Communes organisées	Elèves examinés	Communes	Personnes vaccinées
1926	137	16.000	»	»
1927	181	18.000	»	»
1928	203	19.950	6	780
1929	216	20.850	68	11.680
1930	236	23.000	126	20.083
1931	240	23.300	155	23.094
1932	252	23.915	224	30.344

Elle s'occupe de la constitution du dossier sanitaire de chaque élève. Ce dossier comprend une pochette sem-

blable à celle employée dans la lutte antituberculeuse et contient des fiches de même format :

— Fiche médicale avec remarques du médecin inspecteur ;

— Questionnaire portant sur les antécédents de l'enfant ;

— Fiche de pesée et de mensuration où sont notées au verso les observations pédagogiques de l'instituteur, la matière d'enseignement favorite, celle qui est le moins aimée, le jeu favori à la maison et à l'école, l'aptitude manuelle ; des indications relatives à l'orientation professionnelle, profession désirée et celles qui auraient sa préférence.

C'est sur ce plan qu'est organisée l'inspection scolaire en Seine-et-Marne ; elle s'adresse non seulement aux écoles publiques, mais aussi aux écoles privées et aux écoles professionnelles.

Le tableau ci-joint donne un aperçu sur son développement progressif depuis son organisation rationnelle.

CHAPITRE VII

L'HYGIENE MENTALE

Protéger l'enfance contre les maladies, lui donner toutes chances de santé et de vie, préparer pour l'âge viril des barrières infranchissables aux grandes maladies sociales, est une tâche essentielle pour toute organisation d'hygiène qui veut, à la lettre, remplir le rôle qui lui est dévolu.

Mais le cerveau de l'enfant ne doit-il pas être, au même titre que les autres organes de l'économie, l'objet de la sollicitude des pouvoirs publics, en l'occurrence des services d'hygiène? En d'autres termes, l'hygiène mentale n'est-elle pas aussi indispensable que l'hygiène physique?

L'hygiène mentale n'est pas une science comparable à la psychiatrie. Si cette dernière a pour but d'étudier les symptômes d'un cas psychique morbide, y mettre une étiquette pour en tirer des conclusions thérapeutiques possibles, l'hygiène mentale, au contraire, est une science ayant pour objet de « conserver en équilibre l'état mental et l'améliorer ».

L'histoire de cette branche médicale est déjà ancienne. La nécessité en fut reconnue depuis longtemps par de nombreux pédagogues et sociologues, mais ce ne fut qu'au ^{xx}^e siècle qu'elle prit son véritable essor.

Ses premiers pas eurent lieu en Amérique au début de ce siècle; un jeune étudiant de New-Jersey, ayant, durant deux ans, présenté des troubles mentaux, puis guéri, décida de consacrer entièrement son activité physique et intellectuelle à rechercher les moyens possibles d'améliorer l'esprit humain, d'établir les règles physiologiques idéales et leur application pratique.

Un mouvement analogue ne se déclancha en France qu'en 1918, sous l'impulsion du Docteur Toulouse, de Paris, qui créa un « Office d'hygiène mentale », puis, en 1920, une « Ligue d'Hygiène mentale ».

Dès lors, l'élan est donné et quelques années plus tard, la Faculté de Médecine de Paris inaugure un enseignement d'hygiène mentale.

Celle-ci s'adresse à l'enfance et à l'adolescence ; théoriquement elle s'applique d'abord à l'enfance normale dont elle veut conserver l'équilibre des fonctions psychiques et prévenir l'éclosion de maladies nerveuses et mentales. Ce but est atteint par une série de mesures qui vont de la surveillance des procréateurs à l'âge adulte.

Il existe un effet une « Eugénique » du procréateur qu'une propagande avisée peut faire connaître davantage. Lutter contre les fléaux sociaux, les intoxications et en particulier l'alcoolisme, c'est contribuer à la politique des « enfants sains ». Une éducation sexuelle prudente de la jeunesse, au moment opportun, sera d'un heureux effet pour l'avenir de la race.

La protection de la mère et de l'enfant par des consultations prénatales et de nourrissons, l'inspection médicale scolaire rationnelle, sont autant de mesures adaptées au cadre de l'hygiène mentale. C'est le moment de canaliser les instincts, de former l'intelligence, de tempérer une activité exubérante. L'action des parents, des éducateurs, du médecin de famille s'imbrique pour amener l'enfant au seuil de la vie sociale dans les meilleures conditions d'équilibre physique, intellectuel et moral.

Cependant, en pratique, l'objet de l'hygiène mentale, en tant qu'organisme de prophylaxie, n'est pas l'enfance normale, mais l'enfance dite « anormale », atteinte de troubles psychiques, intellectuels, moraux variés consécutifs à une affection primitive ou secondaire du système nerveux central ou périphérique ; il consiste donc à dépister parmi les « petits mentaux » ceux que l'on peut encore perfectionner et adapter à la vie sociale.

Un examen médical approfondi et méthodique, ayant à sa base des renseignements sur les antécédents personnels et familiaux de l'enfant, détermine, s'il s'agit d'un arriéré intellectuel ou d'un déficient endocrinien, d'un pythiatique ou d'un amoral, d'une anomalie transitoire,

conséquence d'une maladie contagieuse ou de séquelle d'encéphalite léthargique.

Un examen neuro-psychique fixe, au moyen des tests de Binet-Simon, l'importance du retard intellectuel et la possibilité de perfectionnement et de rééducation.

Un enfant a été déclaré améliorable : il faut entreprendre le traitement de la cause de sa déficience, le rééduquer par une méthode rationnelle, en donnant une grande part à l'éducation physique. Les anormaux sont en effet de grands maladroits. La gymnastique bien comprise, suivant des données précises, saura régulariser les mouvements avec les centres nerveux moteurs, créer chez ces déficients des habitudes de coordination, développer le sens musculaire, l'agilité, l'adresse.

Cette rééducation sera couronnée par l'apprentissage d'un petit métier : serrurier, menuisier, tailleur, cordonnier, etc.

Nous avons eu l'occasion de visiter, sous la direction du Docteur Roubinovitch, l'Ecole départementale de réduction d'Asnières et nous avons été agréablement surpris des résultats heureux et féconds obtenus par cette méthode rationnelle.

En résumé, le fonctionnement d'un tel service nécessite un personnel médical spécialisé, des infirmières préparées à ce rôle, des centres de dépistage, des établissements de rééducation parfaitement équipés et la collaboration dévouée du corps enseignant.

On conçoit l'effort financier qu'entraîne un semblable organisme et, par suite, la difficulté de son application en dehors de grands centres où la population scolaire est toute groupée autour d'un centre fixe, très bien outillé, avec un personnel nombreux et averti. Et pourtant les heureux résultats à en attendre devraient pousser à l'étude des modalités d'application dans les régions moins favorisées, le département rural, par exemple.

En Seine-et-Marne, grâce à l'activité et à la persévérance du Docteur B. Lamy, directeur des Services d'hygiène, un armement d'hygiène mentale a été réalisé dans le cadre départemental.

Le service médical en est confié à M. le Docteur Beaudouin, médecin des Asiles de la Seine, aidé d'une assistante de Psychologie mise à la disposition de l'Office

par le Comité national « d'Education et d'Assistance de l'enfance déficiente ». Une collaboration étroite est réalisée avec l'inspection médicale des écoles, les dispensaires et le corps enseignant. Prudemment, des consultations mensuelles sont ouvertes dans trois dispensaires: Melun, Meaux, Coulommiers. Le rapide succès de ces consultations permet d'en entrevoir le développement progressif et l'extension à toutes les circonscriptions. Le tableau suivant rend compte de l'activité des consultations d'hygiène mentale en 1933.

<i>Adultes :</i>		
Nouveaux	77	
Revus	46	
		123
<i>Enfants :</i>		
Nouveaux	108	
Revus	72	
		180
		303

Les consultations d'hygiène mentale ont rendu d'importants services, soit par les renseignements donnés à l'administration (placements), soit surtout par les conseils aux malades à domicile.

Il est intéressant d'indiquer ici les données étiologiques qui ont pu être recueillies au cours de ces consultations (1).

Alcoolisme certain	32
Alcoolisme probable	4
Tuberculose	12
Syphilis reconnue	2
Syphilis soupçonnée	29
Déséquilibre psychique	3
Aliénation mentale confirmée .. .	9
Arriération mentale simple	7
Névrose (chorée, etc.)	3
Consanguinité	1

De ce tableau il est facile d'entrevoir les services qui peuvent être rendus à ces enfants. Par le traitement de

(1) Cf. Docteur B. Lamy. Rapport présenté au Conseil général de Seine-et-Marne, en 1933.

certaines causes, de nombreux cas peuvent être modifiés. Il est en effet plein d'intérêt de noter que sur les 108 nouveaux enfants examinés, 43 arriérés ont été reconnus susceptibles d'être rééduqués à domicile; un certain nombre d'autres peuvent être améliorés par des traitements médicaux, notamment ceux dont les troubles mentaux ont pour cause la syphilis héréditaire. Le département ne possède pas d'établissement spécial, mais est rattaché par un arrangement à deux maisons du « Comité national d'Education et d'Assistance à l'Enfance déficiente ».

CHAPITRE VIII

LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Le cancer, par le nombre de décès qu'il cause, et l'importance des problèmes scientifiques qu'il soulève, intéresse au plus haut point les médecins, les biologistes, les hygiénistes. Fléau social, tuant en France plus de 40.000 personnes, ce mal atteint non seulement les vieillards, mais aussi des adultes, d'âge mûr et en pleine force de production. Sa morbidité tient une place plus grande qu'on ne l'a cru pendant longtemps.

Le département de Seine-et-Marne lui paie un tribut particulièrement lourd, puisque la mortalité cancéreuse (année 1924) égale la mortalité tuberculeuse.

Comme pour la tuberculose et la syphilis, l'Office d'hygiène fut chargé d'amorcer la campagne contre le cancer. Mais quels moyens employer pour mener à bien cette lutte? Si, pour la tuberculose et la syphilis, l'arme la plus importante est la prophylaxie, pour le cancer, dont la cause essentielle nous échappe encore, nous ne pouvons employer les moyens qui réussissent contre les maladies infectieuses d'origine microbienne. Mais ce qui importe surtout, c'est la précocité du diagnostic, élément important de guérison possible. Il faut donc entreprendre une éducation du grand public, le tirer des grands préjugés qui font du cancer une maladie héréditaire, inévitable, incurable.

M. le Professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, directeur du centre anticancéreux de Villejuif, disait, lors de l'inauguration du Centre d'hygiène de Coulommiers, que le cancer dans les conceptions actuelles de la science ne paraissait ni héréditaire ni contagieux.

L'existence de véritables familles cancéreuses sont des faits exceptionnels, en regard des cas où manque tout antécédent héréditaire. Mais si nous ignorons la pathogénie du cancer, nous en connaissons de mieux en mieux les multiples conditions qui en favorisent l'éclosion. Il existe nombre de facteurs, de prédispositions locales, d'états dits précancéreux, créés par des causes parfaitement évitables : une irritation mécanique trop longtemps prolongée, une irritation chimique (goudron, tabac, arsenic...), une irritation physique (rayons X, radium).

La connaissance de ces différents facteurs prédisposant au développement de tumeurs malignes présente un grand intérêt au point de vue social. Ils sont tous évitables et les lésions locales produites peuvent être traitées à temps ; le cancer au début et pendant un temps variable, est une maladie locale, parfaitement curable à cette phase.

Les conséquences prophylactiques à tirer de ces notions sont importantes pour l'organisation de la lutte anticancéreuse.

La campagne doit débiter par l'éducation du grand public ; il importe, par une propagande patiente et continue, de l'avertir des premiers symptômes qui peuvent faire supposer l'existence d'un cancer, l'inviter à se rendre au cabinet de son médecin ou à la consultation de l'hôpital.

De nombreux centres de dépistage doivent donc être mis à sa disposition, avec un matériel d'investigation complet, en relation avec des organismes mieux outillés, où pourront être entrepris les recherches nécessaires et le traitement adéquat.

L'application de ces principes à un département rural soulève un double problème technique et financier : technique parce qu'il nécessite une multiplication d'organismes à la disposition d'une population dispersée ; financier, parce qu'il exige un effort pécunier considérable, que ne peuvent supporter les ressources budgétaires fatalement limitées.

Le département de Seine-et-Marne fit une première expérience. La lutte anticancéreuse fut confiée exclusivement à un médecin spécialisé ayant fait deux ans d'application au Centre anticancéreux de Villejuif. Ce méde-

cin parcourait le département, où des consultations spéciales avaient lieu dans les dispensaires de l'Office. Il y pratiquait des radiographies, des repas d'épreuve... Au bout d'une année d'expérience, cette méthode fut abandonnée, les résultats ne répondaient pas aux espoirs désirés.

Actuellement, avec les consultations anticancéreuses par l'inspecteur d'hygiène adjoint, en même temps que les consultations antituberculeuses, la spécialisation n'est pas en effet indispensable, le rôle du médecin se borne à dépister et diagnostiquer les cancers de la peau et des cavités accessibles, à suspecter une tumeur viscérale si le consultant présente des troubles fonctionnels.

Le dispensaire a un équipement technique suffisant pour remplir ce rôle de dépistage: il possède déjà une table d'examen, des doigtiers, des spéculums, instrumentation servant déjà aux consultations antivénériennes.

Un malade est-il reconnu atteint d'un cancer de la peau ou des cavités accessibles ? Est-il suspect d'un cancer profond, nécessitant des radiographies ? Il est envoyé, accompagné d'une lettre de liaison, au Sous-Centre anticancéreux de Fontainebleau où trois consultations fonctionnent par semaine. Ce sous-centre est suffisamment outillé pour préciser un diagnostic, parfois très délicat à poser avec certitude : radiographies en série, biopsie. Une installation de traitement permet de soigner les petits malades par le radium, les rayons X, ou de pratiquer une intervention chirurgicale. Les cas sérieux ou les formes anormales sont dirigés sur le Centre anticancéreux de Villejuif, auquel le sous-centre est relié directement.

Les biopsies pratiquées sont envoyées au laboratoire central de Melun qui assure l'expédition à l'Institut du cancer, dirigé par M. le Professeur Roussy. Un arrangement avec cet organisme de recherches étend les avantages réservés aux Services du département à tous les médecins praticiens qui adressent leurs biopsies au laboratoire central. Cette méthode aide à établir une statistique suffisamment exacte sur l'importance du cancer dans le département. Les dépenses sont minimales et correspondent seulement aux frais d'examen; elles sont couvertes par

les malades eux-mêmes ou par l'Office, s'il s'agit d'indigents.

Tels sont l'organisation et le fonctionnement de l'armement anticancéreux du département. Les réels avantages apportés à la population expliquent le grand succès qu'ont les consultations dont le bénéfice s'étend au moindre hameau, grâce au zèle de l'infirmière visiteuse.

CHAPITRE IX

LES MALADIES CONTAGIEUSES SERVICE DES EPIDEMIES — DESINFECTION

Pour circonscrire la dissémination des maladies contagieuses, la loi du 15 février 1902, sur la Protection de la Santé Publique, instaure la déclaration obligatoire ou facultative des maladies infectieuses, avec son corollaire légal, la désinfection. On était hypnotisé par le rôle des objets, du linge et des locaux, dans la propagation des épidémies. Par ailleurs, la multiplication des moyens de communication, l'augmentation des contacts interhumains constituaient autant de facteurs de transmission de maladies. Un décret du 10 juillet 1906 règle les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de désinfection, dans chaque département et dans toute commune de 20.000 habitants au moins.

Deux solutions furent préconisées. L'une comprenait une petite équipe de désinfecteurs spécialistes, dotée d'un matériel luxueux et impressionnant, toujours coûteux. Des moyens de transport rapide leur permettaient d'assurer le service de grands secteurs. L'autre formule, adoptée le plus généralement, utilisait un personnel déjà existant, service des Ponts et Chaussées par exemple; le département était divisé en circonscriptions sanitaires, pourvues chacune d'un délégué sanitaire (sous-ingénieur ou conducteur des Ponts et Chaussées) et d'un chef de poste avec un ou plusieurs aides (cantonniers-chefs et cantonniers).

Ces équipes de désinfection étaient automatiquement mises en œuvre dès l'arrivée à la Préfecture d'une déclaration, obligatoire ou facultative, toujours à la fin de la maladie, rarement en cours.

Ce fut la deuxième solution qui prévalut en Seine-et-Marne jusqu'en 1928, date à laquelle le service de désinfection fut complètement réorganisé, d'après des conceptions plus modernes.

La désinfection au terme de la maladie est en effet parfaitement illusoire :

— La désinfection est le complément de la déclaration de maladie faite par le médecin traitant, mais déclaration souvent retardée quand elle n'est pas inexistante ;

— Cette mesure ne peut être appliquée dans les formes larvées : diphtérie ou paratyphoïde bénignes passées inaperçues, et qui sont fréquemment à l'origine de graves épidémies ;

— Elle nécessite, en cas d'épidémie grave et étendue, un nombre trop élevé de personnel pour répondre à tous les cas d'intervention ;

— Aussi bien, quand elle se produit, il est souvent trop tard ; le voisinage immédiat du malade est déjà contaminé ;

— Enfin elle entraîne pour les départements ou les communes des dépenses parfois considérables, en tout cas hors de proportion avec les résultats obtenus.

Or, depuis quelques années, nos conceptions sur le mode de transmission des maladies contagieuses ont évolué. Nous connaissons maintenant le rôle important joué par les porteurs de germes sains, l'influence réduite ou même inexistante des objets, linges ou locaux, la fragilité des germes pathogènes en dehors de l'organisme, le rôle primordial de la contagion interhumaine.

Exception faite pour les bactéries souillées, l'expérience a montré que la plupart des agents pathogènes meurent ou perdent rapidement leur virulence dès qu'ils ont quitté l'organisme émetteur, sous la simple action du milieu extérieur : air, soleil, lumière.

Le principal agent de diffusion de l'infection est le malade lui-même, qui émet des germes pathogènes au maximum de leur virulence, d'une façon massive et pour ainsi dire continue. C'est dans son voisinage, par sa toux et par ses excréments physiologiques que se contaminent les personnages de son entourage. Celles-ci hébergent, dans leurs rhino-pharynx et au niveau des mains souillées, des microbes virulents qu'elles risquent de transporter ensuite

sur les aliments, sur les objets domestiques : vaisselle, verres, ou à distance, par simple contact.

Certains milieux constituent pour le microbe des habitats de prédilection où ils peuvent durer et se multiplier. Le lait, par exemple, est un des intermédiaires fréquents de la typhoïde ou des paratyphoïdes, au même titre et même plus fréquemment que l'eau.

Ces notions nous guident dans le choix des mesures à appliquer pour réaliser une désinfection vraiment efficace. Il ne s'agit certes pas d'appliquer une formule standard à toutes les maladies contagieuses ; une prophylaxie spécifique correspond à chacune d'elles, mais elles découlent toutes d'un principe essentiel : « l'assistance prophylactique du malade » en cours de maladie. Cette assistance comprend l'éducation du malade et de son entourage, les mesures à prendre pour éviter la dissémination des germes sur les objets difficiles à nettoyer (tapisseries, literie, etc.), l'indication de procédés efficaces, mais très simples, pour désinfecter les objets dès qu'ils sont souillés, ou les excréments dangereux dès leur émission.

La désinfection finale, suivant l'ancien système, est supprimée dans la maladies à germes très fragiles (rougeole, rubéole, méningite cérébro-spinale épidémique, polyomyélite antérieure aiguë, coqueluche, grippe, oreillons, etc.). Elle est remplacée, sous la surveillance d'un chef de poste, par un nettoyage ménager à la brosse et au savon noir des objets et des locaux souillés, en particulier des recoins obscurs et humides, des interstices de planchers mal tenus, etc., où les microbes ont su trouver un abri sûr contre les agents extérieurs. Ces moyens domestiques sont souvent suffisants et remplacent avantageusement l'emploi des fumigations, procédé inutile, parce qu'il est impuissant contre les germes fraîchement émis et dans de bonnes conditions de défense (crachats frais de tuberculeux par exemple) ou parce qu'il s'attaque à des germes fragiles ou anciennement émis, donc déjà inoffensifs. Il n'élimine d'ailleurs pas complètement la désinfection finale dans certains cas spéciaux et à la demande du médecin traitant.

C'est sur les bases de cette action rationnelle qu'a été organisé en Seine-et-Marne le service de désinfection.

Actuellement, le service de désinfection est assuré entièrement par l'Office d'hygiène. Les déclarations de maladie sont centralisées à l'Inspection d'hygiène qui les pointe sur la carte sanitaire et les enregistre dans son fichier spécial.

L'infirmière visiteuse, chef de poste, est alertée immédiatement par le centre. Elle se rend au domicile indiqué, fait avec tout le tact désirable une enquête épidémiologique ; elle entreprend l'éducation du malade et de son entourage, donne des conseils prophylactiques, variables suivant la nature de chaque affection. Le nombre de visites n'est pas limité et diffère naturellement selon qu'il s'agit d'une famille aisée, bien surveillée médicalement, ou d'un malade installé dans des locaux malsains ou insuffisants.

La maladie terminée, l'infirmière chef de poste fait procéder, sous sa surveillance, à la désinfection finale par des moyens ménagers.

Grâce à la collaboration étroite du Corps médical et de l'Office, une action méthodique est entreprise pour enrayer les épidémies, sauvegarder la santé des collectivités.

Le laboratoire est mis à la disposition des praticiens pour les examens bactériologiques, séro-diagnostic, recherches de porteurs de germes et contrôle des convalescents, comme pourvoyeurs de vaccins et sérums ; il entreprend le contrôle systématique des eaux d'alimentation du département.

Ce système d'assistance prophylactique au malade en cours de maladie a permis de réduire les crédits anciennement prévus et de les affecter à des fins plus pressantes ; il est en application depuis quatre ans dans le département. La situation sanitaire est aussi satisfaisante que possible, comparativement à celle des autres départements français.

D'ailleurs des statistiques précises des pays où cette méthode est réalisée depuis longtemps ont démontré que les chiffres de la morbidité et de la mortalité dues aux affections contagieuses, bien loin de marquer une recrudescence, correspondaient à une régression à peu près continue.

Cette action prophylactique est renforcée par la vaccination contre la variole, la diphtérie, la typhoïde.

La vaccination jennérienne, rendue obligatoire par la loi du 15 février 1902, est pratiquée régulièrement ; elle est assurée par des médecins vaccinateurs, nommés par le Préfet, dans des conditions déterminées par la loi.

La généralisation de la vaccination par l'anatoxine de Ramon est poursuivie méthodiquement ; elle a permis dans de nombreuses communes infectées d'éviter des épidémies d'une extrême gravité. Les municipalités qui font appel aux services d'hygiène, pour l'organisation de séances publiques et scolaires, sont de plus en plus nombreuses. Au cours de ces séances sont immunisés non seulement les élèves des écoles primaires, mais aussi les enfants d'âge préscolaire amenés par leurs parents. Depuis le mois de novembre 1931, les doses d'anatoxine employées ont été élevées à 1 cmc. pour la première injection et 2 cmc. pour chacune des deux autres injections, un intervalle d'au moins trois semaines sépare chacune d'elles.

Enfin, à la typhoïde endémique dans les zones de lotissements, a été opposée la vaccination par voie hypodermique ou buccale et une amélioration sensible des distributions d'eau potable.

Le faisceau de ces mesures a été pour une grande part dans l'amélioration de l'état sanitaire du département. Il répond bien aux besoins particuliers d'un territoire rural et aux données scientifiques modernes.

CHAPITRE X

GENIE SANITAIRE

La création et l'organisation d'un armement sanitaire préventif et curatif, propre à sauvegarder le bien portant, à dépister et à traiter le malade, n'est pas toute l'activité d'un service d'hygiène moderne. L'amélioration des conditions de vie et d'habitation est un complément normal de cette protection sociale. L'essor prodigieux de l'industrie au cours du XIX^e siècle, l'abandon progressif de la campagne pour la ville, la multiplication des cités champignons et des lotissements furent une des préoccupations du législateur. Des mesures sanitaires prises isolément s'efforcèrent d'assurer une protection suffisante. Puis les découvertes pasteurienues, la notion de propagation des maladies par l'eau soulevèrent de nouveaux problèmes. La loi du 15 février 1902, codifiant et complétant les mesures de protection déjà prises fut un progrès important. La création de médecins inspecteurs d'hygiène, chargés d'assurer l'application de ces dispositions, permit d'en adopter les modalités suivant les conditions locales.

Le médecin inspecteur départemental d'hygiène a donc, parmi ses fonctions les plus importantes, l'application de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la Santé publique. Nous ne ferons pas l'énoncé de toutes les activités, mais seulement de celles qui, dans un département rural, doivent constituer ses principales préoccupations.

Il doit apporter un soin particulier à l'établissement d'un « Casier sanitaire des communes », afin de pouvoir être tenu au courant, de façon immédiate, de la situation sanitaire du département. Ce dossier, constitué avec la collaboration des médecins inspecteurs adjoints et des infirmières visiteuses, comprend :

— Les plans et cartes de chaque commune avec l'emplacement des canalisations d'eau potable et des égouts;

— La statistique démographique: naissances, décès. En Seine-et-Marne, cette statistique est facilitée par l'emploi du système des fiches perforées, dont nous avons parlé dans la première partie, et qui donne rapidement les différents renseignements sur la commune, le sexe, l'âge, le lieu de naissance et les causes de décès;

— Les renseignements sur l'alimentation en eau potable, la présence des sources, puits, bétouilles qui, dans les milieux ruraux, servent fréquemment de dépotoirs aux animaux crevés et peuvent, de cette façon, causer la contamination de la nappe d'eau souterraine ;

— Les maisons insalubres, les établissements classés.

Pour la constitution de ces différents dossiers, l'inspecteur départemental d'hygiène est en rapport avec le service vicinal et des Ponts et Chaussées et avec l'inspecteur du Travail. La question des eaux potables soulève des problèmes nombreux, surtout en département rural. La politique actuelle d'outillage national tend, par des subventions importantes, à favoriser la distribution d'eau potable à toutes les communes du territoire. L'inspecteur départemental doit, non seulement provoquer les projets dans les communes mal desservies en eau potable, mais encore conseiller les municipalités, les aider dans la constitution du dossier, faire les enquêtes nécessaires; par des analyses d'eau opportunes de sources, de puits, de cours d'eau, il leur évite les recherches inutiles d'une nappe profonde.

Le corollaire immédiat de cette politique de l'eau en est la surveillance. La circulaire ministérielle du 24 novembre 1924 prescrit en effet l'analyse périodique des eaux d'alimentation. En Seine-et-Marne, le travail est assuré, sous la surveillance de l'inspecteur d'hygiène, par le laboratoire central, qui figure sur la liste des laboratoires agréés pour le contrôle des eaux potables.

L'inspecteur d'hygiène est chargé de veiller à l'intégrité de la zone de protection autour des sources et des puits d'alimentation; il est chargé aussi de la surveillance des égouts, du contrôle des fosses septiques, de leur fonctionnement et de l'absence du danger de l'effluent.

Il s'occupe de tout ce qui touche plus particulièrement le milieu rural : fumier, écoulement du purin...

La lutte contre le taudis s'articule à la lutte contre les fléaux sociaux. Secondé dans cette campagne par les infirmières visiteuses, les Comités de patronage, l'inspecteur d'hygiène se doit de signaler aux municipalités les îlots insalubres et d'insister auprès d'elles pour leur destruction et leur remplacement par des maisons claires, aérées, hygiéniques.

Il doit étudier les projets de construction de nouveaux immeubles, surtout s'il s'agit d'édifices publics : groupes scolaires, examiner les plans de lotissements, l'installation des égouts, l'évacuation des matières usées, etc. Conseiller technique, il doit sur toute question d'assainissement renseigner et les municipalités et le Conseil départemental d'hygiène dont il est le secrétaire élu. Le bref exposé de ces attributions montre combien est complexe le rôle d'un médecin inspecteur d'hygiène dans un département.

Il réclamera de lui autant de diplomatie que de qualités techniques : il doit savoir aplanir pour le bien de la collectivité les difficultés nombreuses qui surgissent entre les maires et leurs administrés. Mais toute son activité se résout à l'amélioration des conditions de vie et contribue à la lutte contre les fléaux sociaux.

CHAPITRE XI

MOYENS FINANCIERS — ASSURANCES SOCIALES

Les Offices départementaux d'hygiène fonctionnent en France sous des régimes financiers extrêmement variés, mais qui peuvent se rapporter aux types suivants :

1° Œuvre exclusivement privée, tirant ses ressources de cotisations, de dons ou legs, de subventions de l'État et parfois de participations forfaitaires plus ou moins importantes du département (type du Finistère) ;

2° Œuvres officielles dont toutes les dépenses sont alimentées par le budget départemental qui porte lui-même en recettes les dons et subventions diverses dont les principales sont les subventions de l'État ;

3° Entre ces deux types extrêmes s'échelonnent toute une gamme d'œuvres à organisation mixte.

Il est bien difficile de se prononcer d'une façon catégorique sur le meilleur type d'organisation. Cela dépend des conditions locales, particulières à chaque département, des ressources possibles, des bonnes volontés existantes et de la puissance des services déjà créés.

En Seine-et-Marne, l'organisation a été grandement facilitée par l'absorption de toutes les œuvres privées déjà existantes.

Grâce à la collaboration de la fondation Rockefeller qui, pendant cinq ans, participa par des versements annuels à l'alimentation du budget de l'Office d'hygiène, le lancement de cet organisme s'effectua dans les meilleures conditions.

Par la suite, au développement des services, correspondit un accroissement parallèle des chiffres du budget.

Ceux-ci ont été successivement de :

En 1925.....	50.000 fr.
1926.....	725.000 fr.
1927.....	829.000 fr.

1928.....	774.000 fr.
1929.....	967.000 fr.
1930.....	1.039.000 fr.
1931.....	966.000 fr.
1932.....	1.959.000 fr.

Il est bien entendu que les recettes provenant de subventions de l'Etat, des communes, des contingents et enfin des dons divers suivaient une augmentation proportionnelle à celle des dépenses, ce qui fait que la part du département, en argent frais, n'a jamais été très considérable.

Cependant, devant le succès remporté auprès de la population par les organismes de l'Office d'hygiène, il devenait nécessaire de poursuivre une large politique d'extension des services, et cela précisément au moment où la crise mondiale commençait à inciter le Conseil général à réaliser des économies d'autant plus sévères que l'agriculture, principale ressource d'un département rural, était plus durement touchée.

C'est à ce moment que commencèrent les pourparlers, déjà amorcés depuis deux ans, entre l'Office d'hygiène et les Caisses primaires d'assurances sociales.

Après être allé se documenter dans les pays étrangers, cités comme modèles, et notamment à Vienne, Munich et Nuremberg, le Secrétaire général de l'Office put présenter à son Conseil d'administration un texte de convention avec les Caisses d'assurances sociales.

Aux termes de cette convention, la même pour toutes les Caisses, l'Office met à la disposition des assurés toute son organisation : dispensaires, consultations antituberculeuses, antivénériennes, anticancéreuses, prénatales, de nourrissons, son laboratoire ; les infirmières visiteuses effectuent administrativement et pratiquement sur les lieux le contrôle prénatal, de l'allaitement et la surveillance des nourrissons.

En échange, les Caisses versent à l'Office une somme forfaitaire annuelle de 4 francs par tête d'assuré cotisant normalement.

Cette convention permet de doter le budget de l'Office d'une somme supplémentaire de 350.000 à 400.000 fr. (Texte de la Convention en annexe.)

Actuellement, des pourparlers sont en cours avec certaines caisses pour permettre l'attribution de sommes, une seule fois versées, indépendantes des versements effectués en vertu de la convention et destinées à construire de nouveaux dispensaires, principalement dans les régions Nord-Ouest du département, régions de lotissements en voie très rapide d'accroissement.

L'aide ainsi apportée est d'autant plus précieuse que les subventions de l'Etat sont, depuis deux ans, régulièrement diminuées, et qu'il ne serait pas possible, dans ces conditions de maintenir les réalisations existantes, faute de crédits.

CONCLUSIONS

I. — Il nous a paru intéressant de développer ici l'organisation et le fonctionnement des Services d'Hygiène dans un département rural : la Seine-et-Marne réalise un type d'organisation suffisamment évolué et facile à réaliser sans exiger un budget trop élevé.

II. — Les caractéristiques de cette organisation sont :
— L'Unité d'action ayant sa cause dans l'unité de direction, l'Inspecteur départemental d'hygiène étant de droit secrétaire de l'Office départemental d'hygiène sociale, dont le Préfet est président né ; toutes les œuvres privées antérieurement existantes ont été absorbées par l'Office d'hygiène.

— Le budget de l'Office départemental d'hygiène sociale est incorporé au budget départemental sous forme d'articles ajoutés au chapitre 13 (Protection de la Santé publique). Le Conseil général vote l'ensemble des crédits, le Conseil d'administration de l'Office en décide l'utilisation.

— La « Plurivalence » est réalisée d'une façon absolue pour les locaux, le personnel, les services centraux, et surtout pour les infirmières visiteuses avec ou sans dispensaire.

Les médecins inspecteurs de circonscription, nommés au concours, pourvus obligatoirement du diplôme d'hygiène et d'un certificat de cours de perfectionnement du Comité National de défense contre la tuberculose, assurent le service des Dispensaires antituberculeux de leur circonscription ; ils font de plus le dépistage des cancers de la peau et des cavités accessibles.

Ils ne sont en somme que « bivalents » : application de la loi du 15 février 1902 et lutte antituberculeuse. Les consultations prénatales, de nourrissons, antivénéériennes sont assurées par des médecins praticiens nommés par arrêté préfectoral. Les consultations d'hygiène mentale sont du ressort d'un spécialiste, médecin des Asiles de la Seine, assisté d'une infirmière spécialisée.

L'inspection médicale scolaire et les vaccinations à l'anatoxine sont assurées, suivant les communes, soit par un médecin inspecteur d'hygiène adjoint, soit par un médecin praticien agréé par le préfet.

III. — Depuis le 1^{er} janvier 1929, les maladies contagieuses n'ont plus été, en principe, suivies de désinfection par fumigations antiseptiques; toutes les infirmières visiteuses sont chefs de poste de désinfection dans leur secteur, remplaçant ainsi les cantonniers.

La désinfection s'effectue exclusivement à l'aide de moyens ménagers; la plus importante est celle faite en cours de maladie (assistance prophylactique au lit du malade); la famille est éduquée et mise en garde contre les dangers que présentent les porteurs de germes convalescents ou guéris; la désinfection terminale n'est plus effectuée qu'après tuberculose, scarlatine et diphtérie et uniquement à l'aide de procédés ménagers.

IV. — Un laboratoire départemental d'hygiène est placé sous les ordres directs du directeur des Services; il effectue non seulement les analyses en cas d'épidémie, et le contrôle des eaux d'alimentation communales (laboratoire agréé par le Ministère), mais encore toutes les analyses bactériologiques et sérologiques des dispensaires et celles adressées par les médecins praticiens, avec gratuité pour toutes.

V. — Il n'est pas possible de mener à bien la lutte contre les grands fléaux sociaux sans l'appui et le concours des médecins praticiens; un contact étroit avec eux est assuré par le Bulletin du Syndicat médical. Afin d'établir les droits de chacun, un contrat a été établi entre l'Office d'hygiène et le Syndicat médical, dont le Président et le Secrétaire sont membres du Conseil d'administration de l'Office.

VI. — Une convention a été passée avec les Caisses d'assurances sociales du département, aux termes de laquelle une somme annuelle forfaitaire de 4 francs par assuré est réservée aux Services d'Hygiène, qui se chargent de la prévention sous tous ses aspects et dans tous les domaines.

VII. — En raison du caractère rural du département et par conséquent de la dissémination extrême de la population, il était nécessaire de multiplier les dispensaires et de les fixer dans tous les centres ou nœuds de communications. Ces organismes sont en principe installés dans des locaux offerts gratuitement par les hôpitaux, par les municipalités, et sont tous équipés en appareils de radiologie et en matériel nécessaire aux consultations prénatales et antivénériennes. Un fichier central est tenu à jour à l'Office et les dispensaires utilisent les imprimés standard du Comité National de défense contre la Tuberculose.

VIII. — La déclaration des causes de décès est faite à l'aide de cartes-lettres confidentielles (type Seine-Inférieure), adressées à l'Inspecteur départemental d'hygiène; le taux des causes de décès inconnues ou indéterminées a été ainsi ramené à 5 % environ.

.....

Il est évident qu'une pareille organisation ne peut être adaptée extemporanément à tous les départements et même à ceux revêtant le type rural. Il faut avant tout tenir compte des conditions locales essentiellement variables, des possibilités budgétaires et des œuvres diverses déjà existantes. Il est plus facile, moins onéreux, plus politique d'utiliser et d'aménager ce qui existe déjà que de détruire pour reconstruire.

Le projet de loi Goujon actuellement déposé sur le Bureau de la Chambre préconise en hygiène une organisation départementale de la France, suivant les grandes lignes que nous venons de tracer et qui ont d'ailleurs été suivies de divers côtés.

Sans vouloir imposer en aucune façon ce type d'organisation rurale, il était bon d'en fixer les caractères et de faire état du succès qu'il a remporté auprès de tous. En progrès continu, il laisse toujours la place aux développements nouveaux qui peuvent résulter de découvertes scientifiques ou simplement de l'évolution en hygiène des conceptions modernes et futures.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

LÉON BERNARD

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

A N N E X E

- I. — Règlement de l'Office départemental d'hygiène sociale.
- II. — Contrat entre l'Office et le Syndicat médical.
- III. — Statuts des Comités de Patronage des dispensaires.
- IV. — Règlement de la lutte antisyphilitique.
- V. — Règlement départemental des consultations de nourrissons.
- VI. — Règlement de l'Inspection médicale des écoles.
- VII. — Convention entre l'Office et les Caisses primaires d'assurances sociales de Seine-et-Marne.

REGLEMENT

DE L'OFFICE DEPARTEMENTAL D'HYGIENE SOCIALE

ARTICLE PREMIER

Il est créé dans le département de Seine-et-Marne un Office départemental d'hygiène sociale chargé, en liaison et en collaboration avec les services publics d'hygiène, d'assistance et de prévoyance et avec les œuvres privées d'hygiène sociale, de rechercher et d'appliquer les divers moyens pratiques d'enrayer et de diminuer la mortalité et la morbidité dans le département, de lutter contre les fléaux sociaux, notamment la mortalité infantile, la tuberculose, les maladies vénériennes, le cancer, l'alcoolisme, le taudis; de diffuser les notions d'hygiène susceptibles de conserver et d'améliorer la santé; d'étudier les problèmes sanitaires qui se posent aux collectivités et de coopérer à leur solution. En un mot de poursuivre, coordonner et développer par tous les moyens les efforts tendant à améliorer les conditions d'hygiène dans toute l'étendue du département.

Cet Office est chargé de créer les différents établissements nécessaires au but poursuivi.

Il a pour mission d'élaborer tout d'abord le programme à réaliser, soit en coordonnant l'action des dispensaires déjà créés et des divers établissements hospitaliers, soit en créant de nouveaux dispensaires dont il aura à déterminer la circonscription. Il exerce la complète direction des dispensaires qu'il crée et un contrôle général sur ceux qui pourraient dépendre exclusivement d'un organisme privé et auxquels il peut accorder ou faire accorder des subventions.

Il peut instituer des sanatoria publics dans les conditions prévues par la loi du 7 septembre 1919.

Il reçoit les dons, les legs et les subventions.

ARTICLE 2

L'Office est administré par un Conseil d'administration comprenant 21 membres; un tiers est composé de conseillers généraux élus par le Conseil général; un tiers de membres nommés par le Préfet et choisis parmi les fonctionnaires attachés aux services publics d'hygiène, d'assistance et de prévoyance, parmi les membres des Syndicats médicaux ou parmi les personnalités compétentes en matière d'hygiène sociale; un tiers des membres nommés par le Préfet et choisi parmi les personnalités qualifiées pour représenter les organismes publics ou les associations dont le but est connexe aux œuvres d'hygiène sociale, ou parmi les personnes bienfaitrices qui auront le plus contribué à lutter contre les fléaux sociaux par une aide morale ou matérielle. Les Conseillers généraux seront désignés pour la durée de leur mandat. Les autres membres sont nommés pour trois ans. Leurs pouvoirs peuvent être renouvelés.

Le Préfet préside le Conseil d'administration.

Les vice-présidents sont élus par le Conseil d'administration.

ARTICLE 3

Le Conseil d'administration de l'Office tient ses séances quatre fois par an; mais le président peut le réunir aussi souvent qu'il le juge utile. De même il doit être convoqué exceptionnellement sur une demande signée par la moitié des membres du Conseil.

Dans l'intervalle des réunions, une Section permanente, composée du président, du vice-président, d'un secrétaire général, du chef de la division des finances de la Préfecture et de membres élus par le Conseil d'administration au nombre de trois au moins, de cinq au plus, règle les affaires qui lui sont confiées par celui-ci dans les limites de la délégation qui lui est donnée, et examine celles qui peuvent survenir. Elle doit avoir des pouvoirs aussi étendus que possible pour la gestion des intérêts moraux et matériels de l'Office.

Elle donne notamment son avis, en vue de l'approbation sur les comptes de l'exercice clos, et prépare le budget qui devra être approuvé par le Conseil d'administration avant d'être transmis au Conseil général.

Elle se tient au courant du travail des dispensaires, leur donne des directives et fixe les conditions de nomination des médecins et des visiteuses d'hygiène. Elle assure le service d'inspection des dispensaires et veille à ce que soit appliqué le système unique des fiches qui lui permet de faire établir un fichier central.

Elle recherche les moyens de développer la propagande et l'éducation populaire pour intensifier la lutte contre la tuberculose et contre les fléaux sociaux.

Elle statue sur les questions qui lui sont soumises par les Comités locaux formés autour des dispensaires.

Elle fait toutes les démarches nécessaires pour l'admission aux sanatoria, hôpitaux, etc., et pour l'admission des enfants aux préventoria, centres de placement, colonies de vacances, écoles de plein air, etc.

Elle examine le rapport qui doit lui être présenté chaque semestre par le secrétaire général, sur la situation morale et financière de l'Office.

Cette section permanente se réunit au moins une fois par mois.

ARTICLE 4

.
.

ARTICLE 5

Le secrétaire général de la Section permanente qui est en même temps secrétaire général de l'Office est l'inspecteur départemental d'hygiène.

Il est chargé, sous l'autorité directe du Préfet, président de l'Office, de la direction administrative de tous les services. Par délégation il prend les décisions nécessaires pour la bonne marche de ces services.

Il rédige les procès-verbaux des séances du Conseil d'administration et de la Section permanente.

Il présente semestriellement au Conseil d'administration les rapports sur la situation morale et financière de l'Office.

Il est chargé de contrôler l'exécution des décisions du Conseil d'administration et de coordonner l'action des dispensaires.

Il doit, d'autre part, réunir sous sa direction, dans l'intérêt mieux compris de la santé publique, tous les services d'hygiène du département, à savoir : l'application de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique, l'exécution des règlements sanitaires communaux, le fonctionnement des Commissions sanitaires et du Conseil départemental d'hygiène, le service des épidémies, le contrôle des déclarations de maladies transmissibles, le service de désinfection réorganisé, le service de la vaccination, l'organisation et le fonctionnement de l'inspection médicale des écoles, la statistique sanitaire, la surveillance des établissements dangereux, incommodes et insalubres et même la répression des fraudes.

ARTICLE 6

.....
.....

ARTICLE 7

Des dispensaires d'hygiène sociale, affectés à la préservation antituberculeuse, à la protection maternelle et infantile et à la lutte contre les maladies vénériennes ou le cancer seront établis dans le département suivant un programme déterminé, dans les divers centres où leur création aura été jugée indispensable, et de telle sorte qu'en tenant compte des conditions de population, de lieu et des moyens de communication, le département soit divisé en circonscriptions rattachées chacune à un dispensaire d'hygiène sociale complet ou à un groupe de dispensaires spécialisés.

ARTICLE 8

.....
.....

ARTICLE 9

Des Comités locaux, dits Comités de patronage et d'assistance, seront constitués auprès de chaque circonscription. Ils auront pour mission de compléter l'action de l'Office, en donnant des secours aux malades nécessiteux, en améliorant leur logement et en prenant toutes les mesures possibles pour diminuer la contagion familiale. Leur rayon d'action dépendra naturellement des circonscriptions formées autour de chaque dispensaire par le Conseil d'administration. Le fonctionnement de chaque Comité sera établi en plein accord avec la Section permanente du Conseil d'administration et sera défini par des statuts et un règlement intérieur, dont la Section permanente indiquera les principales dispositions. Chaque Comité fera parvenir au Président de l'Office, pour le 1^{er} mars de chaque année au plus tard, un rapport sur la situation morale et financière du Comité pendant l'exercice précédent.

Chaque Comité doit prendre l'engagement formel de suivre les directives qui lui seront données par le Conseil d'administration. Il doit en accepter le contrôle effectif et continu.

Il dispose, pour son action bienfaisante, de ressources propres, provenant de dons ayant une affectation spéciale, de quêtes, de souscriptions, du produit de fêtes. Mais il doit adresser à la Section permanente son projet de budget.

Les Comités s'interdisent de solliciter, autrement que par l'intermédiaire de l'Office, les subventions de l'Etat, du département, des communes et du Comité national.

Ils sont sous la dépendance étroite de la Section permanente, pour tout ce qui concerne le service médico-social.

ARTICLE 10

.....
.....

ARTICLE 11

Un dispensaire ne devra pas être ouvert sans visiteuse d'hygiène professionnelle. La caractéristique du dispensaire doit être, en effet, son action extérieure et c'est à l'exercer que doit se consacrer la visiteuse d'hygiène. Le recrutement de toutes les visiteuses sera uniformément assuré par le stage dans une école approuvée par l'Office National et par le diplôme de sortie.

Bien que son principal service soit à domicile, la visiteuse apportera son assistance au médecin le jour de la consultation. A domicile, la visiteuse, qui n'est pas une garde-malade, ne donnera pas de soins (sauf exceptionnellement et sur demande expresse du médecin traitant) : son rôle sera tout d'assistance et de prophylaxie.

Si le nombre et l'importance des dispensaires l'exigent, un emploi de visiteuse inspectrice pourra être créé par l'Office. Cette inspectrice sera choisie d'après son instruction générale et sociale, d'après son ancienneté dans les dispensaires et d'après un ensemble de qualités qu'exigent ces délicates fonctions.

Son rôle consistera surtout à établir une coordination entre toutes les visiteuses d'hygiène, à étendre leur action à tous les fléaux sociaux, à toute l'hygiène publique et sociale, à contrôler les résultats obtenus par chacune d'elles et à collaborer à la confection du fichier central.

ARTICLE 12

Un fichier central, seul moyen à défaut de déclaration obligatoire, d'obtenir une statistique exacte des foyers de tuberculose et de combattre ceux-ci, sera établi par l'Office. Ce fichier sera tenu par le secrétaire général de l'Office, inspecteur départemental d'hygiène.

Chaque dispensaire enverra dans ce but la liste des cas de tuberculose dépistés (nom, âge, sexe, adresse) et avisera le secrétaire général, directeur de l'Office, des mutations diverses.

Les hôpitaux devront être en collaboration étroite avec les dispensaires et aviser ceux-ci de leurs malades diagnostiqués de tuberculose, des sorties ou décès des tuberculeux dans l'établissement. Si le tuberculeux n'est pas inscrit au dispensaire, la famille de ce malade doit être immédiatement vue et secourue par la visiteuse d'hygiène.

ARTICLE 13

Toute modification au présent règlement sanitaire sera décidée par le Conseil d'administration à la majorité des deux tiers des membres, et ratifiée par le Conseil général.

CONTRAT

ENTRE L'OFFICE ET LE SYNDICAT MEDICAL

Dans le but de donner un maximum d'efficacité à la lutte antituberculeuse en Seine-et-Marne, il a été convenu ce qui suit entre l'Office d'Hygiène sociale et le Syndicat des médecins de Seine-et-Marne.

Le Syndicat des médecins s'engage à inviter tous les membres du Corps médical de Seine-et-Marne à apporter leur concours le plus absolu à l'Office d'hygiène sociale, notamment en faisant connaître au médecin départemental des dispensaires, créés ou à créer, tous leurs tuberculeux ou soupçonnés tels, susceptibles de tirer profit d'un examen plus approfondi avec radiographie, analyse de crachats, etc., en vue d'un placement éventuel, ou de la désinfection d'un logement contaminé, ou du placement d'un enfant en danger de contagion, etc. En un mot, à s'acquitter de tout ce qui concerne leur rôle et leur fonction de médecin praticien.

L'Office d'hygiène sociale apporte les fonds, les immeubles, les meubles et le matériel nécessaire à l'organisation et au fonctionnement des dispensaires, et, désireux de respecter les intérêts des malades, il s'engage à organiser, d'accord avec les délégués qui représentent effectivement les médecins, la lutte antituberculeuse dans les conditions suivantes :

1° Les dispensaires créés ou à créer par l'Office départemental d'hygiène sociale sont administrés par le Conseil d'administration de l'Office départemental composé de 21 membres nommés par le Conseil général et par le Préfet dont cinq délégués par le Syndicat médical.

2° Le service médical de chaque dispensaire est assuré par un médecin départemental nommé par le Conseil d'administration de l'Office, après concours sur titres. Il devra être radiologue et laryngologue. Il est formellement interdit à ce médecin spécialisé de recevoir des honoraires dans l'exercice de ses fonctions et de faire de la clientèle.

Toutefois, il pourra être appelé en consultations par un médecin et demander des honoraires pour cette consultation.

3° La bactériologie sera faite au centre principal de Melun où un laboratoire sera mis à la disposition de tous les dispensaires et de tous les médecins praticiens du département à titre onéreux ou gratuit, suivant la situation des malades.

4° Dans le dispensaire, la direction technique (consultations, enquêtes, infirmière visiteuse) appartient au médecin.

5° Toutes les plaintes, conflits, litiges sont portés devant le Conseil d'administration qui ne peut prendre aucune décision à leur sujet (blâme, avertissement, révocation) sans avoir invité les intéressés à s'expliquer devant lui.

6° Le dispensaire antituberculeux est essentiellement destiné à assurer la prophylaxie de la tuberculose dans la famille, l'entourage et le milieu du malade.

A cet effet, il est gratuit et sert à :

a) Compléter le diagnostic de la maladie (clinique, bactériologique et radiologique) sur les points précis demandés par le médecin traitant.

b) Exécuter toutes les mesures prophylactiques (distribution de crachoirs et d'antiseptiques, désinfection des locaux).

c) Préserver l'entourage du malade par le placement de celui-ci ou de membres de sa famille (sanatorium, hôpital, préventorium, cure marine ou de grand air, Œuvre Gran-cher, etc.).

d) Concourir au dépistage des malades, donner, procurer ou faciliter à ceux-ci le secours ou l'assistance qui leur sont nécessaires (aliments, vêtements, linge).

7° Le dispensaire doit organiser et intensifier toute propagande de lutte contre les fléaux sociaux. Il est ouvert aux personnes atteintes ou suspectes de tuberculose, munies d'une lettre de leur médecin traitant donnant tous renseignements techniques utiles sur la suite de la maladie.

Néanmoins, celles de ces personnes qui n'en sont pas munies seront examinées, mais elles seront engagées à voir le médecin traitant à qui sera envoyée, par les soins du dispensaire, une copie de la fiche établie, ou bien dans le cas où celle-ci l'aurait été auparavant par le médecin traitant, la copie du complément d'information tiré d'une radio, d'une analyse de crachats, etc. De plus, le médecin des dispensaires s'entendra verbalement, ou par la visiteuse d'hygiène, ou par lettre avec le médecin traitant au sujet de toutes les mesures à prendre dans l'intérêt, soit du malade, soit de son entourage.

8° Il n'est pas donné de soins thérapeutiques aux dispensaires, sauf dans le cas d'extrême urgence ou ceux dans lesquels ces soins sont demandés par le médecin traitant.

Les examens bactériologiques sont toujours très largement accordés aux malades.

Les examens radiologiques ne sont accordés qu'aux malades qui n'en peuvent supporter les frais.

9° Une visiteuse d'hygiène professionnelle diplômée et rétribuée est attachée à chaque dispensaire, elle sert d'une part d'aide, de secrétaire et de comptable au médecin. D'autre part, d'accord avec les médecins traitants, suivant les besoins, elle peut mener des enquêtes sociales dans la famille, veiller à l'exécution des mesures prophylactiques prescrites et établir une liaison orale dans les villes, tout au moins, s'il y a lieu, entre le médecin du dispensaire et le médecin traitant.

STATUTS DES COMITES DE PATRONAGE DES DISPENSAIRES D'HYGIENE SOCIALE DE SEINE-ET-MARNE

TITRE I

Association — But et composition

ARTICLE PREMIER. — Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts, sous le régime de la loi du 1^{er} juillet 1901, une association portant le nom de *Comité de Patronage du Dispensaire d'Hygiène sociale de*

Le siège de cette association est

La durée de cette association est illimitée.

ART. 2. — *But.* — Conformément à l'article 9 du statut de l'Office départemental d'hygiène sociale, le Comité de patronage a pour mission de compléter l'action de l'Office en donnant des secours aux malades nécessiteux, en améliorant leur logement et en prenant toutes les mesures possibles pour diminuer la contagion familiale. Son rayon d'action s'étend à la circonscription du dispensaire. Le Comité fera parvenir au président de l'Office, pour le 1^{er} mars de chaque année au plus tard, un rapport sur la situation morale et financière du Comité pendant l'exercice précédent.

Le Comité prend l'engagement formel de suivre les directives qui lui seront données par le Conseil d'administration de l'Office. Il en accepte le contrôle effectif et continu.

Il disposera pour son action bienfaisante de ressources propres provenant de dons ayant une affectation spéciale, de quêtes, de souscriptions, du produit des fêtes. Il adressera à la Section permanente son projet de budget.

Le Comité s'interdit de solliciter autrement que par l'intermédiaire de l'Office les subventions de l'Etat, du département, des communes et du Comité national.

Le fonctionnement du Comité est défini par des statuts et un règlement intérieur établis après entente avec la Commission permanente de l'Office.

ART. 3. — *Composition.* — Le Comité fait appel à tous les concours et à toutes les bonnes volontés sans distinction de partis, d'opinions ou de croyances.

Le Comité se compose de membres dont les cotisations annuelles sont : membres adhérents (cotisation de 10 fr.) ; membres honoraires (cotisation de 20 fr.) ; membres bienfaiteurs (cotisation de 100 fr.) ; membres fondateurs (cotisation unique de 1.000 fr.).

Le titre de membre d'honneur est conféré par le Bureau du Comité aux personnes ou collectivités qui ont rendu ou rendent d'importants services au Comité.

Cessent de plein droit de faire partie du Comité les membres qui n'ont pas payé leur cotisation depuis plus d'une année.

TITRE II

Organisation et Fonctionnement

ART. 4. — Le Comité de patronage une fois constitué, la liste des membres adhérents en sera adressée à M. le Président de l'Office d'hygiène sociale. Il sera statué sur les nouvelles demandes d'admission de personnes ou associations par le Bureau du Comité.

Ces demandes ne pourront être valablement rejetées par le Conseil qu'à la majorité des deux tiers des voix et sauf recours des intéressés devant l'Assemblée générale.

Le Comité devra en outre faire connaître à l'Office départemental d'hygiène sociale le numéro du récépissé de sa déclaration.

ART. 5. — La qualité de membre du Comité de Patronage se perd :

1° Par la démission :

2° Par la radiation prononcée pour motifs graves par le Bureau du Comité, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications, sauf recours devant l'Assemblée générale.

ART. 6. — Seuls les membres actifs du Bureau du Comité pourront assister aux réunions mensuelles. Les autres membres assisteront à la réunion générale une fois par an.

ART. 7. — Le Comité est administré par un bureau composé de membres élus par les membres adhérents et honoraires. Ces membres sont nommés pour trois ans et renouvelés par tiers chaque année.

Pour les deux premières années les membres sortants seront désignés par voie de tirage au sort. Ils seront rééligibles.

ART. 8. — Le Bureau du Comité se réunit au moins une fois par mois et aussi souvent que les circonstances l'exigent, sur convocation du Président. Il ne peut délibérer valablement que lorsqu'un tiers au moins de ses membres sont présents.

Toutes les fonctions de membres du Bureau et des commissions sont gratuites.

ART. 9. — Le Bureau comprendra une présidente, deux vice-présidentes, une trésorière et une secrétaire.

3 à 5 membres seront adjoints au Bureau pour former la commission d'assistance;

3 à 5 membres seront adjoints au Bureau pour former la commission de propagande ;

2 à 3 membres seront adjoints au Bureau pour constituer la commission permanente et agir en cas d'urgence.

Les représentants de cette commission permanente se réuniront aussi souvent qu'il conviendra avec les visiteuses d'hygiène de l'Office et des œuvres privées.

ART. 10. — Un règlement intérieur déterminera les règles précises qui doivent présider à la distribution des secours et à l'action de propagande.

Le Comité de Patronage ne fera pas double emploi en ce qui concerne les secours à donner aux malades, mais il sera tenu au courant du travail et collaborera le plus étroitement possible avec les œuvres existant dans sa circonscription. Il envisagera l'établissement d'un fichier central des œuvres d'assistance pour toute l'étendue de sa circonscription.

L'action du Comité s'étendra progressivement comme celle de l'Office à tous les domaines de l'hygiène sociale. Au début, le Comité concentrera surtout son action sur la lutte antituberculeuse et la lutte contre la mortalité infantile.

Au fur et à mesure du développement de l'action du Comité la création de délégués cantonaux sera envisagée dans la circonscription du dispensaire.

Le Comité de patronage pourra s'adjoindre des membres de droit recrutés en raison de leurs fonctions ou de leur compétence, avec voix facultative.

ART. 11. — Le Bureau règle l'emploi des fonds du Comité de patronage et dirige son action vers le but qu'elle se propose d'atteindre.

ART. 12. — L'Assemblée générale des membres de droit, des membres bienfaiteurs, des membres honoraires et des membres adhérents se réunit en session ordinaire au moins une fois chaque année et en session extraordinaire chaque fois qu'elle est convoquée par le Bureau du Comité ou sur la demande d'un quart de ses membres. Le Bureau de l'Assemblée générale ordinaire approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, pourvoit à la nomination ou au renouvellement des membres du Bureau, et délibère sur toutes les questions intéressant le Comité.

Elle entend les rapports du secrétaire et du trésorier. Les rapports annuels et les comptes sont adressés chaque année à tous les membres du Comité.

Chaque membre du Comité de Patronage aura une voix. Les associations adhérentes auront droit à autant de voix qu'elles auront versé de parts de fondateurs.

TITRE III

Dispositions diverses

ART. 13. — Les ressources du Comité se composent :

Des cotisations des membres fondateurs, bienfaiteurs, honoraires et adhérents ;

Des subventions ;

Des revenus des biens que peut posséder le Comité.

ART. 14. — Ces statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition faite par le Bureau du Comité ou par un dixième des membres titulaires ; elle doit être soumise au bureau au moins un mois avant la date de l'Assemblée générale au cours de laquelle elle sera examinée.

L'Assemblée générale doit se composer du quart au moins des membres en exercice.

Dans tous les cas, les Statuts ne peuvent être modifiés qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

Toute modification aux statuts devra être soumise à l'agrément de M. le Préfet de Seine-et-Marne par l'intermédiaire du directeur de l'Office et après avis du Conseil de surveillance de l'Office départemental d'Hygiène sociale.

ART. 15. — La dissolution ne pourra être prononcée que par l'Assemblée générale convoquée à cet effet sur la proposition du Bureau du Comité et comprenant au moins la moitié plus un des membres en exercice.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée générale est convoquée de nouveau à un mois d'intervalle et peut délibérer valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être décidée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

En cas de dissolution, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens du Comité.

ART. 16. — Le Comité est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par la présidente ; c'est par la présidente que sont ordonnées toutes les dépenses.

La présidente a également pleins pouvoirs pour diriger l'œuvre conformément à son objet et la représenter vis-à-vis des pouvoirs publics.

Elle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs.

REGLEMENT DE LA LUTTE ANTISYPHILITIQUE

ARTICLE PREMIER. — Tous les médecins exerçant dans le département de Seine-et-Marne sont invités à participer à la lutte antisypilitique dans les conditions ci-dessous.

ART. 2. — Chacun de ces médecins est muni d'un carnet à souches comportant des talons restant en la possession du médecin et des coupons détachables. Les mêmes mentions sont portées sur les talons et les coupons, sauf l'indication du nom des malades, qui est seulement inscrite sur le talon.

Ce sont : 1° Un numéro d'ordre attribué au malade ;

2° La catégorie dans laquelle est classé le malade ;

(Catégorie A bénéficiant seulement de la gratuité des médicaments) ;

Catégorie B bénéficiant à la fois de la gratuité des médicaments et des soins médicaux) ;

3° Le diagnostic (syphilis primaire, secondaire, etc.) ;

4° L'indication de tout acte médical accompli par le médecin :

a) Simple examen médical ;

b) Nature des injections pratiquées ;

c) Nature et dose des médicaments utilisés ;

d) Prise de sang ;

e) Autres interventions.

5° La durée probable du traitement et le nombre approximatif des consultations dans la période indiquée.

Le registre est rempli au fur et à mesure des actes médicaux et les coupons sont immédiatement détachés et envoyés directement à l'Inspecteur départemental d'hygiène à la Préfecture.

ART. 3. — Les médecins sont approvisionnés gratuitement des médicaments antisypilitiques choisis sur une liste établie par le Syndicat médical d'accord avec l'Inspection départementale d'hygiène.

ART. 4. — La gratuité ne sera accordée que si le malade est atteint d'accidents contagieux, ou s'il est indispensable de lui faire suivre d'urgence un traitement spécial antisypilitique.

ART. 5. — Les médecins ne doivent pas faire bénéficier de la fourniture gratuite des médicaments les malades capables de payer qui, de toutes façons, se feraient soigner. Le médecin juge lui-même la situation.

ART. 6. — La gratuité des soins médicaux est réservée aux malades que le médecin estime nécessaires. Si ces malades ne sont pas inscrits à l'Assistance médicale gratuite, le méde-

cin demandera l'autorisation de leur accorder la gratuité des soins médicaux au Préfet (Inspection départementale d'hygiène).

Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic ou d'un traitement urgent, le médecin juge lui-même de la gratuité de la première intervention (prise de sang, injection).

ART. 7. — Les actes médicaux sont rétribués au tarif des visites et interventions *au cabinet du médecin*, établi par l'Assistance médicale gratuite.

Le règlement des honoraires est effectué tous les trois mois sur production d'un mémoire contrôlé par la Préfecture au moyen des coupons qui ont été envoyés au cours du trimestre.

ART. 8. — Dans le cas où un contrôle serait jugé nécessaire, le livre à souches devrait être présenté sur place aux médecins enquêteurs : à savoir l'inspecteur départemental d'hygiène et un médecin représentant le syndicat médical.

ART. 9. — Les dépenses relatives au fonctionnement de la lutte antisypilitique sont supportées par le Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, et mandatées par le Préfet.

CONSULTATIONS DE NOURRISSONS

REGLEMENT DEPARTEMENTAL

ARTICLE PREMIER. — Dans les communes où, malgré l'importance de l'agglomération et le nombre des nourrissons (15 au minimum), des œuvres de protection de l'enfance n'auront pas été organisées par les pouvoirs locaux ou par des associations privées, l'Office départemental d'hygiène sociale prendra cette initiative, en créant tout d'abord des consultations de nourrissons, *ouvertes gratuitement* à tous les enfants de moins de deux ans, et ayant pour objet de donner des conseils aux mères et aux nourrices, de répandre les principes généraux d'hygiène infantile et de diriger, s'il y a lieu, les enfants vers des centres de prophylaxie et d'assistance.

Partout où ces œuvres existeront, le rôle de l'Office se bornera à les aider, à coordonner leurs efforts et à contrôler leur action.

ART. 2. — Les enfants âgés de moins de deux ans résidant à moins de deux kilomètres du centre de la consultation, et appartenant aux catégories suivantes, devront *obligatoirement* être présentés à la consultation, savoir :

Enfants assistés ;

— protégés ;

— secourus temporairement ;

Enfants de bénéficiaires de l'assistance aux familles nombreuses ;

— de bénéficiaires de l'assistance aux femmes en couches et de l'allocation complémentaire d'allaitement au sein ;

— de bénéficiaires de la prime à la natalité.

Tous les autres enfants de moins de deux ans, domiciliés dans la commune, pourront également être apportés à la consultation.

Aucune présentation d'enfant ne sera obligatoire si la température est défavorable.

En cas d'absence à la consultation, aucune délivrance de secours ou d'allocation ne pourra être effectuée sans un certificat d'une personne qualifiée, dite visiteuse, désignée par le préfet.

Organisation

ART. 3. — Les centres de consultations créés par l'Office seront désignés par arrêté préfectoral notifié aux maires des communes intéressées.

Toute consultation de nourrissons sera fermée en cas d'épidémie.

ART. 4. — Des pèse-bébés seront mis à la disposition de la consultation par les soins de l'Administration. Chaque consultation sera également pourvue d'un registre d'inscription des enfants, d'une provision de fiches individuelles, de bulletins, de thermomètres et de toutes fournitures nécessaires qui resteront à la charge du service départemental.

Le restant du matériel (tables, bancs, chaises, articles de bureau) sera fourni par la commune qui devra également assurer convenablement le chauffage, le nettoyage et l'entretien de la salle.

Pour l'aménagement et le nettoyage des locaux, des précautions d'ordre hygiénique seront prescrites par l'inspecteur départemental d'hygiène, secrétaire général de l'Office.

ART. 5. — Les consultations auront lieu au moins une fois par mois, à jour fixe.

D'accord avec le maire, le médecin en fixera l'heure et la date qui ne devront pas varier, afin d'obtenir des mères et des nourrices une fréquentation habituelle et régulière.

Les dates et les heures fixées pour les consultations déjà existantes dans le département sont maintenues.

ART. 6. — Les médecins inspecteurs et, s'il y a lieu, les médecins des œuvres d'assistance maternelle et infantile, seront chargés d'assurer le service de la consultation, chacun dans sa circonscription.

ART. 7. — Les séances de « consultation » ne remplaçant pas les visites à domicile que les médecins inspecteurs doivent faire tous les mois aux enfants soumis à la surveillance instituée par la loi du 23 décembre 1874, les nourrices n'y présenteront pas leur carnet. Ce carnet devra être constamment à leur domicile où le médecin inspecteur en détachera les bulletins.

Fonctionnement

ART. 8. — Le médecin veillera à la pesée exacte des enfants qui lui seront présentés; il les examinera individuellement, se rendra compte de leur état de santé, de leur développement physique, de leur état de propreté et des conditions dans lesquelles ils sont tenus et allaités. Autant que possible, il fera ensuite à l'ensemble des mères et des nourrices une courte causerie dont il trouvera les éléments dans les constatations qu'il aura faites en examinant les enfants.

ART. 9. — Les secrétaires des consultations de nourrissons, désignés par arrêté préfectoral pris sur la proposition de l'Inspecteur de l'Assistance publique, seront chargés de la tenue du registre des fiches, des graphiques et de toutes les autres écritures utiles au bon fonctionnement du service.

ART. 10. — Les médecins inspecteurs chargés d'une consultation devront adresser à l'Inspection de l'Assistance publique, en fin d'année, un rapport spécial sur les résultats constatés. Ce rapport, dont la partie statistique pourra être préparée par le secrétaire, indiquera notamment le nombre et la catégorie des enfants présentés et celui des décès survenus avec l'indication des causes de mortalité. Les états arrêtés à chaque séance et joints à ce rapport permettront d'établir, en fin d'année, le décompte des indemnités dues au médecin, au secrétaire, et, s'il y a lieu, aux sages-femmes et aux aides non bénévoles. Le contrôle médico-social devra être assuré par le secrétaire général de l'Office.

ART. 11. — Après accord avec le médecin, les professeurs et institutrices seront priés d'accompagner aux séances de consultations leurs grandes élèves qui y recevront un enseignement pratique et théorique de puériculture.

Récompenses

ART. 12. — Des récompenses pécuniaires, mais de préférence des objets de layette, pourront être accordés aux mères et nourrices qui suivront, avec le plus d'assiduité, les consultations, à celles qui allaiteront leurs enfants jusqu'à l'âge de douze mois au moins, à celles qui auront leurs enfants ou nourrissons les plus propres et les plus beaux.

Ces récompenses seront attribuées par le Comité de patronage qui sera constitué auprès de chaque consultation de nourrissons et les dépenses en résultant seront à la charge dudit comité qui pourra être subventionné par l'Office à cet effet.

Pénalités

ART. 13. — Les nourrices ou les mères qui négligeront systématiquement de se rendre à la consultation seront exposées à la suppression des secours ou allocations qui leur sont accordés.

Contrôle

ART. 14. — M. l'inspecteur et M. le sous-inspecteur de l'Assistance publique, d'accord avec le Secrétaire général de l'Office, exerceront un contrôle effectif sur l'organisation et le fonctionnement des consultations de nourrissons.

Rétributions

ART. 15. — Pour les consultations publiques, il sera alloué au médecin une indemnité de un franc par enfant présenté, quelle que soit la catégorie à laquelle il appartient, avec un minimum correspondant au prix d'une visite d'A. M. G. et un maximum de vingt-cinq francs par séance.

Pour les consultations fonctionnant hors de leur résidence, les médecins recevront, en outre, une indemnité de déplacement de 0 fr. 75 par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, la distance étant calculée de mairie à mairie.

ART. 16. — Des sages-femmes, des infirmières ou des aides pourront participer aux consultations de nourrissons. Ces personnes ne pourront être rétribuées que si elles ont, au préalable, été agréées par le préfet.

ART. 17. — Les sages-femmes qui auront été agréées pour participer aux consultations de nourrissons recevront :

0 fr. 50 par enfant présenté, avec un minimum de 3 francs et un maximum de 12 francs par séance.

Les secrétaires de consultations recevront :

0 fr. 25 par enfant présenté, avec un minimum de 3 francs et un maximum de 12 francs par séance.

Les aides non bénévoles, qui auront été agréées, pourront recevoir une gratification qui sera fixée par arrêté préfectoral sur la proposition du secrétaire général de l'Office.

ART. 18. — Les œuvres privées pourront recevoir annuellement du département une subvention forfaitaire, calculée selon leur importance et le nombre des enfants présentés. Cette subvention forfaitaire aidera l'œuvre à faire face à ses dépenses de fonctionnement et plus particulièrement à acquitter les honoraires du médecin et les indemnités au secrétaire et aux aides.

Dépenses

ART. 19. — Les dépenses de toute nature relatives au fonctionnement des consultations seront prélevées sur le crédit inscrit au chapitre VIII, article 9, du budget départemental.

ART. 20. — Les instructions antérieures relatives à l'organisation et au fonctionnement des consultations de nourrissons dans le département sont et demeurent rapportées.

ART. 21. — MM. le Secrétaire général de la Préfecture, les Sous-Préfets, l'inspecteur départemental d'hygiène, secrétaire général de l'Office, l'inspecteur départemental de l'Assistance publique, les maires et les médecins inspecteurs du Service de la protection du premier âge sont chargés d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution du présent arrêté.

Le Préfet, GEORGES GARIPUY.

REGLEMENT DE L'INSPECTION MEDICALE DES ECOLES

ARTICLE PREMIER. — Il est créé un Service départemental d'inspection médicale des écoles et des écoliers pour toutes les communes qui n'auront pas organisé directement un service municipal de cette nature. Ce service départemental est rattaché à l'Office public de l'Hygiène sociale.

ART. 2. — L'inspection portera sur la santé des élèves, sur la salubrité des locaux scolaires et sur l'observation des règles de l'hygiène scolaire. Elle comportera : 1° La surveillance de l'état physique des enfants, confiés à des médecins praticiens de la localité ou des localités voisines, ou à leur défaut à des médecins ne faisant pas de clientèle et désignés par l'Office d'Hygiène sociale; 2° L'indication des aptitudes physiques des enfants en vue de leur orientation professionnelle.

ART. 3. — Les médecins praticiens chargés d'un service d'inspection seront désignés par les maires, dès que le Conseil municipal aura voté les crédits nécessaires au paiement de leurs honoraires, au taux de 3 francs par enfant, avec minimum de 30 francs par séance semestrielle d'inspection. Dans le cas où aucun médecin praticien ne pourrait ou ne voudrait assurer ce service, l'Office enverrait le médecin choisi par lui. Ce dernier recevrait dans ce cas la rétribution consentie par la commune.

ART. 4. — Les médecins désignés par les maires après agrément du préfet doivent avoir accepté le règlement départemental. Ils peuvent être relevés de leurs fonctions, soit par les maires par arrêtés motivés après avis de l'inspecteur départemental des services d'hygiène et approbation du préfet, soit

par le préfet sur proposition de cet inspecteur et après avoir été appelés à fournir tous éclaircissements et explications, soit pour inobservation persistante du règlement ou des directives générales qui leur ont été donnés par l'Office.

ART. 5 (*Fiche sanitaire*). — Les médecins chargés de la surveillance médicale périodique des élèves des écoles sont assistés, chaque fois qu'il est possible, d'une visiteuse de l'Office. Ils doivent être pourvus de tout le matériel nécessaire aux examens techniques qu'ils auront à pratiquer. Cette surveillance s'exerce au cours de deux examens individuels complets, le premier ayant lieu au cours du premier trimestre de l'année scolaire et le deuxième étant pratiqué à six mois d'intervalle. Cet examen donne lieu à l'établissement d'une fiche sanitaire qui doit être la même dans toutes les écoles. Le médecin inspecteur devra faire connaître directement à la visiteuse assistante la date et l'heure de ses visites.

Les fiches ne donnant lieu à aucune remarque défavorable sur l'état de santé de l'enfant seront simplement mises par le médecin inspecteur dans un pli fermé par lui et déposé à l'école; les fiches révélant des affections méconnues par les parents ou ignorées d'eux seront enfermées par le médecin inspecteur, *chacune dans une enveloppe séparée portant le nom de l'enfant*, et communiquées seulement au médecin de la famille, *sur sa demande*, la famille ayant *simplement* été avisée par la visiteuse ou par l'instituteur que l'état de santé de l'enfant nécessite quelques soins.

Les fiches d'un modèle unique et les enveloppes qui devront dans certains cas les tenir secrètes, seront fournies à toutes les écoles par l'Office d'hygiène sociale.

Les fiches devront porter des réponses explicites à toutes les questions qui y figurent et être toujours complétées et tenues à jour par la consignation des résultats constatés au cours de tous les examens ultérieurs.

Si la famille se refuse à laisser examiner son enfant par le médecin inspecteur des écoles, elle devra fournir une déclaration de son médecin habituel attestant qu'il n'est atteint d'aucune affection pouvant être un danger pour ses camarades. Dans ce cas, seules les pesées et mensurations diverses seront inscrites sur la fiche.

Si un enfant passe d'une école dans une autre, la fiche sanitaire sera envoyée par l'instituteur à son collègue, sous une double enveloppe, la seconde fermée portant le nom de l'enfant.

ART. 6. — La visiteuse assistant le médecin inspecteur devra faire parvenir sans délai à l'Office d'hygiène sociale tous les renseignements de statistique générale : nombre d'enfants examinés ; nombre d'enfants dont l'état de santé a nécessité l'envoi d'un avis spécial à la famille; nature des affections dépistées, sans aucune indication nominative.

Le médecin inspecteur pourra, s'il ne le fait lui-même, charger la visiteuse de signaler l'état défectueux des locaux scolaires et leur tenue. Ces renseignements seront communiqués par le préfet à l'inspection académique, pour motiver une intervention auprès du maire de la commune intéressée.

ART. 7. — L'inspecteur départemental des Services d'hygiène fera, chaque année, à l'Office un rapport d'ensemble sur le fonctionnement de l'inspection médicale et sur ses résultats. Ce rapport sera communiqué au Conseil général.

Melun, le 30 juillet 1926.

Le Préfet, GEORGES GARIPUY.

CONVENTION

Entre le Comité d'entente des Caisses primaires d'assurances sociales de Seine-et-Marne représenté par M. Fouchard, Président,

d'une part ;

Et M. le préfet de Seine-et-Marne, agissant au nom et pour le compte du département de Seine-et-Marne (Office public d'hygiène sociale),

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE PREMIER. — Le département de Seine-et-Marne met à la disposition des Caisses, pour les assurés sociaux domiciliés dans le département de Seine-et-Marne, les services des dispensaires multivalents dont l'Office d'Hygiène sociale assure la gestion.

ART. 2. — Les divers services des dispensaires s'appliquent exclusivement au diagnostic et à la prophylaxie des grands fléaux sociaux notamment tuberculose, cancer accessible, syphilis, mortalité infantile, et aux propositions de placement des bénéficiaires de la loi du 30 avril 1930 qui en seront justiciables, dans les établissements de cure et de prévention.

Ces services comprennent les consultations générales (examens cliniques du malade en vue du diagnostic), les consultations radiologiques, les consultations oto-rhino-laryngologiques, les examens bactériologiques divers (crachats, pus, selles, urines, sang, etc.) ; les inoculations aux cobayes. A côté de ces services antituberculeux sont également ouverts aux assurés sociaux les consultations antivénériennes au cours desquelles s'effectuent le dépistage (examen clinique, bactériologique et sérologique) et les traitements antivénériens avec fourniture gratuite des médicaments nécessaires.

Les consultations de dépistage des cancers de la peau et des cavités accessibles.

Les consultations d'hygiène mentale (dépistage, prophylaxie des petits mentaux et des arriérés).

Les consultations *médicales* prénatales en vue du dépistage des maladies organiques et héréditaires chez les futures mères.

Le fonctionnement des consultations de nourrissons et le contrôle de la réalité de l'allaitement chez les bénéficiaires de l'assurance-maternité.

Tous les assurés dépistés par la Caisse seront signalés par ladite Caisse à l'Office en vue de prise en charge médico-sociale, par le dispensaire de la circonscription. Le signalement sera adressé en double exemplaire aux services administratifs de l'Office.

Lorsqu'un assuré social pris en charge par le dispensaire de sa circonscription sera médicalement justiciable d'un placement dans un établissement de cure, l'Office prendra les dispositions nécessaires pour le placer à son rang d'inscription, dans un de ses propres établissements ou dans un établissement avec lequel il a passé des contrats, et dans la limite de ses places disponibles. Ce placement devra être effectué dans un délai d'un mois au maximum après réception par les services administratifs de l'Office, du dossier médical constitué au dispensaire de la circonscription.

La Caisse remboursera à l'Office pour chaque assuré le prix de journée dans la limite de son tarif de responsabilité et jusqu'au dernier jour de la période de droit aux prestations médicales.

ART. 3. — Si, au reçu du dossier médical, l'Office prévoit qu'il ne lui sera pas possible, faute de places disponibles en nombre suffisant, de placer dans le délai susindiqué d'un mois certains assurés affiliés à la Caisse dans les établissements de cure visés au paragraphe précédent, le dit Office — ou la Caisse après accord avec l'Office — prendront toutes les dispositions nécessaires pour placer le plus rapidement possible les intéressés dans d'autres établissements de cure offrant toutes les garanties indispensables. La liste de ces établissements sera arrêtée après accord entre l'Office et la Caisse. En principe, ces établissements devront être choisis parmi ceux qui figurent sur les listes des établissements agréés par le ministère de la Santé publique.

ART. 4. — L'Office public d'hygiène sociale paiera directement aux établissements visés dans l'article précédent le prix intégral de journée pour les assurés sociaux placés en vertu des dispositions de ce même article. La Caisse remboursera à l'Office, pour chacun de ces assurés, le prix de journée dans la limite de son tarif de responsabilité et jusqu'au dernier jour de la période de droit aux prestations médicales.

Pour l'année 1932, les remboursements des prix de journée par la Caisse à l'Office prévus au présent article et à l'article précédent seront effectués au prix forfaitaire de 16 francs par jour dans les sanatoria et préventoria d'adultes et d'enfants.

Ce tarif pourra être modifié chaque année par un avenant à la présente convention.

A l'expiration de cette période, l'Office conservera à sa charge les frais de séjour des assurés tributaires de l'article 3 inscrits à l'Assistance médicale gratuite ou en instance d'inscription.

Il reste entendu que, pour des raisons d'opportunité, l'Office aura toujours la faculté de transférer pendant et après la période de droit aux prestations médicales les assurés sociaux tributaires des articles 3 et 4 dans les établissements visés à l'article 2.

Les établissements visés aux articles 3 et 4 seront soumis à l'inspection des représentants du département de Seine-et-Marne.

ART. 5. — Les dispensaires assureront la prophylaxie au domicile des assurés ou de leurs ayants droit.

En outre, à la demande de la Caisse, ils coopéreront au contrôle des assurés sociaux justiciables de leur action dans les conditions fixées par les lois et règlements. Ce contrôle, qui aura un caractère exclusivement prophylactique et clinique, portera principalement sur l'opportunité de l'admission des assurés dans les établissements de cure et de prévention, l'appréciation de l'état de santé et la durée de la maladie.

ART. 6. — L'accomplissement des diverses opérations visées dans les articles précédents donnera lieu, de la part de la Caisse, à une rémunération fixée forfaitairement à 2 francs par semestre et par assuré cotisant normalement, cette somme sera versée directement par la Caisse à M. le Trésorier payeur général de Seine-et-Marne.

ART. 7. — Le paiement des sommes dues au département de Seine-et-Marne, en ce qui concerne le remboursement des autres dépenses non comprises à l'article 6, sera fait directement par la Caisse au Trésorier payeur général de Seine-et-Marne agissant pour le compte du département, sur le vu d'états fournis par l'Office public d'hygiène sociale et dans les quinze jours de l'établissement du titre de recouvrement dressé d'après les états susvisés.

ART. 8. — La présente convention aura effet à dater du 1^{er} janvier 1932 et reste renouvelable d'année en année par tacite reconduction.

ART. 9. — La partie qui en demandera l'annulation ou la modification devra en informer l'autre six mois avant l'expiration de la période annuelle intéressée.

BIBLIOGRAPHIE

- Professeur L. BERNARD. — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire (Masson, 1931).
- Prof. L. BERNARD et R. DEBRÉ. — Cours d'hygiène. Tomes I et II.
- Prof. L. BERNARD. — L'organisation de la lutte antituberculeuse en France. (Publication du Comité National de défense contre la Tuberculose.)
- Prof. L. BERNARD. — Dépistage de la tuberculose chez l'écolier. (*Revue de phthisiologie*, mai-juin 1932.)
- Docteurs BUSSIÈRE et PINOT. — Rapport des services d'hygiène avec la surveillance et la protection de l'enfance. (*Revue d'hygiène et de prophylaxie sociale*, novembre 1929, page 265.)
- Docteur BALAND. — La surveillance prénatale (*La Puériculture*, décembre 1929.)
- MM. Georges BROUARDEL et Jacques ARNAUD. — Ce que la tuberculose coûte chaque année à la France. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 14 février 1933.)
- Docteurs FORESTIER, LAMY et FAURE. — Hygiène sociale en Seine-et-Marne.
- M. Georges GARIPUY. — Rapport au Conseil général (3^e édition, 1931.)
- M. le Professeur GOUGEROT. — Les maladies vénériennes. (Cours d'hygiène du Professeur L. Bernard.)
- Docteur B. LAMY. — Centre d'hygiène pour secteur rural (1931).
— Les services centraux d'hygiène en Pologne, Hongrie et Tchécoslovaquie.
— Un service de désinfection moderne: la nouvelle organisation de Seine-et-Marne.
— Déclaration des causes de décès.
— Rapport au Conseil général (1933).
- Docteur G. LEGROS. — Organisation de l'hygiène en France (Projet de loi).
- Professeur L. TANOU. — Le rôle des médecins hygiénistes dans l'organisation de l'hygiène. (*Bulletin de l'Association des Anciens élèves d'hygiène*, 26 avril-mai-juin 1929.)

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE :	
CHAPITRE PREMIER. — Le Département rural (type Seine-et-Marne)	13
— II. — Unité de direction. Unité d'action. Avantages	19
— III. — Applications de ces principes en Seine-et-Marne	25
DEUXIEME PARTIE	31
CHAPITRE PREMIER. — Services centraux du Département. Direction des Services d'hygiène..	33
— II. — Services périphériques	44
— III. — La lutte contre la tuberculose.....	65
— IV. — La syphilis et les maladies vénériennes	74
— V. — La protection de l'Enfance	80
— VI. — L'inspection médicale scolaire.....	85
— VII. — L'hygiène mentale	90
— VIII. — La lutte contre le cancer	95
— IX. — Les maladies contagieuses. Service des Epidémies. Désinfection	99
— X. — Génie sanitaire	104
— XI. — Moyens financiers. Assurances sociales	107
CONCLUSIONS	111
ANNEXES	115
Règlement de l'Office départemental d'Hygiène sociale ..	117
Contrat entre l'Office et le Syndicat médical	122
Statuts des Comités de patronage des dispensaires d'Hygiène sociale de Seine-et-Marne	125
Règlement de la lutte antisypilitique	129
Consultations de nourrissons. Règlement départemental..	130
Règlement de l'inspection médicale des écoles	134
Convention	137
BIBLIOGRAPHIE	141

